

Univerzita Karlova v Praze

Husitská teologická fakulta

Bakalářská práce

Formy pomoci pečujícím o pacienty s demencí

Forms of assistance to people caring for a patients with dementia

Vedoucí práce:

MUDr. Jiřina Ondrušová

Autorka:

Aneta Götzingerová

Praha 2010

Chtěla bych poděkovat MUDr. Jiřině Ondrušové za její cenné rady, připomínky a ochotu spolupodílet se na mé bakalářské práci.

Děkuji i Mgr. Lucii Sedláčkové za materiály, které mi poskytla z ČALS a také svým rodičům a všem ostatním, kteří mě během mého studia podporovali.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato diplomová práce byla umístěna v Ústřední knihovně UK a používána ke studijním účelům.

V Praze dne

.....

Anotace

Cílem této bakalářské práce je navrhnout a vytvořit teoretické předpoklady pro zajištění péče o rodinné příslušníky či jiné blízké osoby s demencí. Bakalářská práce by mohla zároveň poradit pečujícím v oblasti domácí péče, která je pro osoby s demencí nejpříjemnější, a to jak z hlediska vývoje nemoci, tak i z pohledu zajištění maximálního komfortu a celkové pohody osob trpících touto degenerativní chorobou.

Práce se zabývá i problematikou sociálních služeb a sociálních zařízení, které se zaměřují na péči o pacienty s demencí.

Annotation

The aim of this thesis is to design and develop the theoretical assumptions for the provision of care for family members or other loved one with dementia. Bachelor thesis could also advise caregivers of home care, which is the most reasonable people with dementia, both in terms of development of the disease, also in terms of ensuring maximum comfort and general welfare of persons suffering from this degenerative disease.

This work deals with the issue of social services and social facilities, which focus on the care of patients with dementia.

Klíčová slova

Dementia, hry pro seniory, problémové chování, sociální péče, sociální služby

Keywords

Dementia, games for seniors, problem behavior, social welfare, social services

Obsah

ÚVOD	9
1. STÁŘÍ	10
1.1 Období starší dospělosti 45-60 let.....	10
1.2 Období raného stáří 60- 75 let.....	10
1.3 Období vlastního stáří 75 a více let.....	11
2. DEMENCE	13
2.1 Definice demence.....	13
2.2 Charakteristika	13
2.3 Epidemiologie	14
2.4 Rizikové faktory.....	14
2.5 Typy demence	15
2.5.1 Primárně degenerativní demence	15
2.5.2 Sekundární a smíšené demence.....	15
2.5.3 Alzheimerova choroba	15
2.5.4 Vaskulární demence	16
2.5.5 Creutzfeldt – Jakobova nemoc	17
2.6 Příznaky demence	17
2.7 První zákon demence	18
2.8 Druhý zákon demence.....	19
2.9 Vyšetřovací metody	20
3. PORUCHY CHOVÁNÍ U DEMENCE	22
3.1 Prevence problémového chování	22
3.2 Nejčastější typy problémového chování a psychiatrických symptomů u demence.	24
3.2.1 Bránění se péči	24
3.2.2 Agitovanost	25
3.2.3 Toulání se a bloudění	25
3.2.4 Mimořádná opatření	26
3.2.5 Poruchy spánku, noční neklid	26
3.2.6 Psychické příznaky.....	26
3.3 Postup při vzniku problémového chování.....	27
3.4 Emoční výbuchy.....	28
3.5 Farmakoterapie.....	29

4. PAMĚŤ	30
4.1 Funkce paměti	30
4.2 Trénování paměti	30
4.3 Přizpůsobení rytmu klienta	31
4.4 Řád, pravidelnost a odpočinek	32
4.5 Pravidla pro výběr nabízených aktivit.....	32
4.6 Individuální hry pro seniory v domácím prostředí.....	33
4.7 Činnosti v domácnosti.....	35
5. KOMUNIKACE S KLIENTEM S DEMENCÍ	36
5.1 Rozdělení komunikace	36
5.2 Komunikace s člověkem s demencí	36
5.3 Komunikace a její problémy	37
5.4 Neverbální komunikace	37
6. SOCIÁLNÍ SLUŽBY, SOCIÁLNÍ PRÁCE	39
6.1 Historie sociálních služeb	40
6.2 Formy sociální pomoci.....	41
6.2.1 Tísňová péče Areion	41
6.2.2 Senior telefon ŽIVOT a 90 - telefonická krizová pomoc	44
6.2.3 Pečovatelská služba.....	45
6.2.4 Osobní asistence.....	47
6.2.5 Respitní péče – odlehčovací služba.....	47
6.2.6 Denní stacionář.....	49
6.2.7 Lůžková část.....	52
6.2.8 Poradenství.....	53
6.2.9 Čaj o páté – svépomocné skupiny rodinných pečujících	53
7. SYNDROM VYHOŘENÍ.....	55
7.1 Charakteristika	55
7.2 Předpoklady dobrého pečujícího.....	55
7.3 Vliv na pečující	56
7.4 Péče o pečující.....	56
8. SOCIÁLNÍ ZABEZPEČENÍ SENIORŮ	58
8.1 Příspěvek na péči od 1. 1. 2007 dle zákona 108/2006 Sb.....	58
8.2 Úpravy v bytě pro usnadnění pohybu postižené osoby nebo usnadnění péče	59
8.3 Příspěvek na zakoupení motorového vozidla.....	59

8.4 Příspěvek na provoz motorového vozidla	59
8.5 Nároky na rehabilitační a kompenzační pomůcky	59
8.6 Mimořádné výhody	60
ZÁVĚR	61
RESUMÉ.....	62
Použitá literatura	63
Seznam příloh.....	66
Přílohy	67

Seznam zkratk

AN – Alzheimerova choroba

MV – mimořádné výhody

TP – těžce postižený

ZTP – zvlášť těžce postižený

ZTP/P – zvlášť těžce postižený s potřebou průvodce

PS – pečovatelská služba

ČALS – Česká alzheimerovská společnost

ÚVOD

Téma práce jsem si vybrala, protože jsem se s touto tematikou setkala již několikrát v minulosti, a to jak po praktické, tak i teoretické stránce. V rámci mého studia na Střední zdravotnické škole jsem se zúčastňovala povinné školní praxe například v léčebně dlouhodobě nemocných ve Znojmě, dále jsem se s těmito lidmi setkala v gerontologickém centru Praha 8, kde jsem pracovala jak v denním stacionáři, tak i v odlehčovací službě. Mé zkušenosti s touto problematikou ve mně zanechaly hluboký dojem, proto jsem se rozhodla je využít při své bakalářské práci.

V minulosti nebyla problematika demence příliš diskutovaným tématem. Lidé spíše všechny příznaky demence připisovali stáří a často se nepřipouštěla možnost, že jde vlastně o onemocnění. Až s celospolečenským vývojem v posledních desetiletích došlo k výraznému posunu v této oblasti a demence se začala vnímat jako nemoc, která vyžaduje speciální přístup a péči. Jde o závažné degenerativní onemocnění, o kterém se čím dál více a podrobněji začíná mluvit v odborných kruzích i mezi laiky. Sice není známa příčina nemoci, ale veřejnost se začíná s touto chorobou seznamovat a brát ji na zřetel. V souvislosti s tím došlo i ke změnám v oblasti sociálních služeb, tedy i péče o klienty s demencí.

Demence je především podnětem pro rozvoj v oblasti sociálních služeb. Ve své bakalářské práci se proto zaměřuji na základní problémy demence, analyzuji potřeby osob trpících demencí a z nich následně ukazuji cestu pečujícím. Hlavním cílem bakalářské práce je poskytnout informace pečujícím osobám tak, aby se mohly o svého člena rodiny starat doma a přitom žít co nejvíce hodnotný rodinný i osobní život. Je nesporné, že osoba s demencí bude lépe prosperovat v domácím prostředí, kde se lépe přizpůsobí a orientuje, než v relativně cizím prostředí institucionální péče.

V souvislosti s tím, že demence začala být vnímána jako nemoc a nejen jako projev stáří, začaly vznikat sociální služby, které může pečující využívat, aby mohl chodit do zaměstnání, nebo se starat o děti a přitom měl jistotu, že blízká osoba je v pořádku. Vzniká stále více možností, jak pomoci klientovi a právě těmito možnostmi zabývá má práce. Snažila jsem se popsat služby od domácí péče, přes tzv. stacionáře až po péči o ležící pacienty s demencí. Tato práce by mohla poradit pečujícím osobám, jak se chovat ke klientovi/nemocnému s demencí, jak reagovat na různé situace, jak s nemocným správně komunikovat a jak mu trénovat paměť, nebo třeba jak zaplnit volný čas, kterého má senior stále dost, a přitom si přeje být potřebný.

1. STÁŘÍ

*„Dar stáří musíme prostě s poděkováním přijímat, protože je darem samotného života.“
(Stroudová, 1996)*

1.1 Období starší dospělosti 45-60 let

Hlavním úkolem starší dospělosti je zvládnutí prvních signálů biologického stárnutí a přizpůsobení svého životního tempa aktuálním možnostem, nebo případná redukce některých osobních cílů.

V tomto období dochází k některým změnám:

- stárnutím se mění postoj ke světu, zvědavost a otevřenost k nové zkušenosti postupně klesá,
- stárnutím se mění postoj k jiným lidem, projevuje se změnou jejich hodnocení,
- stárnutím se mění postoj k sobě samému i k vlastnímu jednání, pojetí vlastní identity ovlivňuje i proměna myšlení, stárnoucí lidé uvažují jiným způsobem.

(Vágnerová, 2007)

Tělesné procesy

Stárnutí je proces, spojený s pozvolným úpadkem všech tělesných funkcí. Po padesátce se začíná projevovat různými drobnými potížemi, avšak tělesné změny nejsou ještě příliš velké.

- Zhoršují se základní smyslové funkce, zrak a sluch.
- Klesá tělesná síla a pohybová koordinace.
- Stále častěji se objevují různé zdravotní potíže, mnozí 50 letí jsou postiženi nějakou chronickou chorobou.

(Vágnerová, 2007)

1.2 Období raného stáří 60- 75 let

Stáří je poslední etapou života, která bývá označována jako postvývojová, protože již byly realizovány všechny latentní schopnosti rozvoje. Rané stáří neboli třetí věk je obdobím života, v němž sice dochází k evidentním změnám daným stárnutím, které ale nemusí být ještě tak

velké, aby člověku znemožnily aktivní a nezávislý život. Hlavním úkolem stáří je dosáhnout integrity v pojetí vlastního života. (Vágnerová, 2007, s. 299)

Sebepojetí staršího člověka

- Osobně významné minulé role a kompetence zůstávají součástí identity staršího člověka, i když už jen na symbolické úrovni.
- V současném pojetí identity se velmi často projevuje důraz na zachované kompetence.
- Pro staršího člověka je důležité kam a ke komu patří. Jeho identita je vázána na příslušnost k určitým lidem, sociální skupině a místu. Zde je důležitou složkou identity rodina. Součástí identity starého člověka je i jeho teritorium, tj. místo, kde žije a společenská skupina, k níž náleží a která je definována širěji než jen příslušností k rodině. Tuto součást identity starší člověk ztrácí např. umístěním do domova důchodců. Odchod do jakéhokoliv ústavního zařízení jej anonymizuje, což se mimo jiné projeví i ochuzením identity. (Vágnerová, 2007)

Uvažování starších lidí

Uvažování seniorů mívá určité typické znaky, které jsou podmíněny stárnutím, ale i změnou životního stylu. Ve stáří se zvětšuje tendence k dogmatismu, k rigiditě přístupu k problémům a jejich řešení a k odmítání nových, neověřených způsobů uvažování. Starší lidé využívají zafixované strategie za všech okolností. Nechť ke všemu novému je dána větší náročnost zpracování informací a porozumění kontextu, starší člověk je hůře chápe, obtížněji se v nich orientuje, a proto se všemu novému také hůře přizpůsobuje. Starší lidé dost často na nové zkušenosti předem rezignují, nezajímají je a někdy se jich dokonce bojí. (Vágnerová, 2007)

1.3 Období vlastního stáří 75 a více let

Období po 75. roce života je označováno jako životní fáze pravého stáří. Dověšením 80 let dosáhne senior tzv. čtvrtého věku, kdy je naživu pouze polovina jeho původní generace. Z lidí, kteří překročí 60. rok, se dožijí 80 let jen 18, 1 % žen a 11, 2 % mužů. Na jedné straně existují lidé, kteří jsou oceňováni pro svou moudrost a nadhled, a na druhé straně tohoto spektra je skupina těch, kteří jsou poznamenáni značným psychickým i somatickým úpadkem. Důležitým úkolem pozdního stáří, který může souviset s pocitem životní pohody, je udržení přijatelného životního stylu.

Jeho podmínky lze shrnout do několika bodů.

- Udržení nezbytné autonomie a soběstačnosti.
- Udržení nebo znovuvytvoření potřebných sociálních kontaktů.
- Udržení přijatelného osobního významu a sebeúcty. (Vágnerová, 2007)

Nejčastější zátěžové situace, typické pro stáří jsou nemoc a úmrtí partnera, zhoršení zdravotního stavu a ztráta jistoty soukromí. (Zavázalová et al., 2001)

Tělesné změny

Prolínají se jak s obdobím raného stáří, tak i s pravým stářím. Z hlediska zdravotního stavu je populace seniorů vysoce heterogenní. Vykazuje vyšší celkovou morbiditu, která je specifická vysokým výskytem chronických a degenerativních onemocnění, ale i vyšším výskytem akutních stavů a náhlých dekompenzací chronických onemocnění. Nemocnost plynule narůstá až do nejvyšších věkových skupin, ženy všech věkových kategorií vykazují větší počet zdravotních potíží. U seniorů ve věku nad 80 let nalézáme vysokou polymorbiditu, v průměru se zde vyskytuje 3,5 diagnózy u jednoho pacienta. Nejčastější choroby vyššího věku jsou:

- kardiovaskulární choroby,
- nemoci pohybového aparátu,
- metabolické choroby,
- gastrointestinální a respirační choroby,
- kognitivní poruchy a demence. (Pidrman, 2007, s. 13)

2. DEMENCE

*„Člověk s demencí neustále něco ztrácí, protože si nepamatuje, kde to hledal.“
(Buijssen, 2006)*

2.1 Definice demence

Slovo demence pochází z latinského slova „mens“, což znamená „mysl“ a z předpony „de“, která znamená předponu „od“ slovo „demens“ znamená „šílený“, tedy něco, co pozbylo mysl, odchylku od rozumného jednání. Jako první tento termín použil Aurelius Cornelius ve své knize „Demedicina“ v prvním století našeho letopočtu. (Kučerová, 2006, s. 9)

Demence je porucha, která se projevuje snížením úrovně paměti a dalších kognitivních (poznávacích) funkcí (zajištění adaptace na zevní prostředí, komunikaci se zevním prostředím, cílené chování). Dochází k postižení kognitivních funkcí a onemocnění mozku nebo k chronickým postižením. Kromě těchto postižení dochází k dalším problémům.

U demence jsou popisovány okruhy základních skupin funkcí, přičemž ohraničení je neostře, uvedené okruhy se navzájem prolínají.

Poruchy základních skupin:

- kognitivní funkce,
- aktivity denního života,
- poruchy emocí (afektů a nálad), chování, spánku, bdění. Poruchy těchto funkcí se souhrnně nazývají behaviorální a psychologické příznaky demencí.

Ritchie a Lovestone (2002; cit. dle Kučerové, 2006) uvádějí, že z neznámých důvodů zatím převažuje demence u žen.

2.2 Charakteristika

Demence se rozděluje na lehkou, střední a těžkou. Během (dlouhé) první fáze je demence sotva patrná. Pacient s demencí, který překračuje stadium mírné demence, bude mít časem nevyhnutelně problémy s kávovarem, přijde den, kdy zmizí deník obsahující pokyny, jak používat současné moderní kuchyňské přístroje. Proto je také možné, že jednoho dne začne zametat koberec smetáčkem a lopatkou. Už nebude vědět, jak se používá vysavač. Nemocný například zapomene, že je v důchodu a bude chtít odejít do práce. Příbuzní, kteří mají na

starosti péči o takové pacienty, si budou muset vytvořit celé spektrum taktiky, triků a přesvědčovacích metod, aby nemocnému zabránili a neztrapnili sebe a svou rodinu například tím, že by se najednou objevil v kanceláři, ve které už mnoho let sedí jeho nástupce. V následující fázi se nebude umět bez pomoci obléct, dále bude potřebovat pomoc při koupeli a umývání, jídle. Později si nebude pamatovat, co to znamená jít na toaletu. Bude inkontinentní a následně neudrží stolicí. V poslední fázi už pacient nemůže ani chodit, pouze sedí, až v určitém okamžiku už není možné ani to. (Buijssen, 2006)

2.3 Epidemiologie

Celkový počet osob trpících demencí v naší republice se odhaduje na 100 000 osob, četnost výskytu (prevalence) je tedy přibližně 1 % všech občanů. S věkem se výskyt demencí zvyšuje. V populaci starší 65 let je četnost výskytu asi 5 %. Objevuje se asi 10 nových případů na 1000 občanů za rok. Ve věkové kategorii nad 85 let trpí demencí 30-50 procent jedinců. Objevuje se asi 90 případů na 1000 jedinců za rok. Většina pacientů trpících demencí prochází na začátku stadiem tzv. mírné kognitivní poruchy, která se vyskytuje u 1–5 % celkové populace, v 11 % u populace nad 90 let. Z uvedeného vyplývá, že věk je hlavní rizikový faktor demencí. (Jirák, 2009, s. 14)

2.4 Rizikové faktory

Dříve byly uváděny různé důvody vzniku demence, ale přesná příčina není dosud zcela známá. Navzdory tomu není pochyb, že ve vývoji nemoci hrají roli genetické faktory neboli dědičnost. Výzkum dokázal, že přími příbuzní s demencí mají dvakrát vyšší riziko, že se u nich vyvine tato nemoc než ostatní. (Buijssen, 2006)

Významnějším rizikovým faktorem je však věk nemocného. Ve věku nad 65 let dochází u každého pátého seniora ke zdvojnásobení případů demence. Rodinná anamnéza demence zvyšuje riziko třikrát až čtyřikrát, zejména ve věku vyšším než 80 let. Genetické faktory se týkají změn ve čtyřech chromozomech. U ženského pohlaví je větší riziko pro rozvoj Alzheimerovy nemoci, u mužského pro vaskulární demenci. Dalším rizikem je přítomnost alely pro apolipoprotein E4. Nižší vzdělání je rovněž rizikovým faktorem, stejně tak úraz či opakované úrazy hlavy. (Pidrman, 2007)

2.5 Typy demence

Demenci bychom měli nejprve správně diagnostikovat, a poté se pokusit určit její etiologii, což je důležité z hlediska našeho poznání i následné péče. V přehledu nejprve předkládám dělení na primární, sekundární a smíšené. (Pidrman, 2007, s. 31)

2.5.1 Primárně degenerativní demence

- Alzheimerova nemoc (nejčastější demence, představuje 60 % všech demencí)
- Demence s Lewyho tělísky
- Frontotemporální demence. (Pidrman, 2007, s. 31)

2.5.2 Sekundární a smíšené demence

Sekundární demence jsou nesourodou skupinou nemocí, na jejichž vzniku se podílí řada příčin. Jde např. o demence v souvislosti s traumatem, tedy posttraumatické demence, dále infekční, metabolické při poruchách jater a respiračního systému a jiné. Bylo popsáno více než 70 skupin sekundárních demencí. Z nich nejzávažnější a nejčastější jsou:

- vaskulární demence (představuje 20 % všech demencí),
- metabolická demence,
- demence při Parkinsonově chorobě,
- demence při Huntingtonově chorobě,
- traumatické demence,
- demence při infekcích.

Smíšené demence (přibližně 10-15 % všech demencí)

- smíšená Alzheimerova/vaskulární,
- smíšená Alzheimerova/jiné primárně degenerativní demence,
- ostatní smíšené. (Pidrman, 2007, s. 31)

Pro představu jsem vybrala 3 druhy demence, považované za nejčastější. V následující části budou stručně specifikovány.

2.5.3 Alzheimerova choroba

V zemích Evropské unie žije nyní celkem cca 6 milionů lidí postižených Alzheimerovou chorobou nebo jiným onemocněním způsobujícím demenci.

Tab. 1 Podíl osob ve věku ≥ 60 let na území dnešní ČR

Rok	Podíl osob ≥ 60 let v %
1857	6,2
1900	8,8
1930	10,8
1950	12,6
1998	18,1
2025	27,0
2050	Cca 40,0

(Kalvach a kol. , 2004)

Alzheimerova nemoc (označení AN) je progredientní onemocnění, které se vyznačuje charakteristickými klinickými a patofyziologickými příznaky. Její popis podal profesor Alois Alzheimer v roce 1906 na konferenci v Tübingenu. Zde byl také na veřejnosti poprvé systematicky představen případ jeho pacientky Augusty D. (Pidrman, 2007)

První rozhovor, který vedl Alois Alzheimer s Augustou D, „první“ pacientkou s Alzheimerovou nemocí, začala takto:

„Jak se jmenujete?“

„Augusta.“

„Vaše příjmení?“

„Myslím, že Augusta.“

„Jste vdaná?“

„S Augustou.“ (Buijsen, 2006)

AN je primární onemocněním šedé kůry mozkové. V průměru onemocnění trvá 9 let (rozmezí 2-12), má tři stádia: časně (mírně), střední a těžké (hluboké). AN se vyvíjí nejčastěji plíživě, přitom pomalu a trvale progreduje. Relativně brzy dochází k poškození osobnostních rysů a charakteristik, nemocní ztrácejí základní etická a estetická pravidla, návyky a zvyklosti, stávají se překvapivě nápadnými svým jednáním a chováním. (Pidrman, 2007)

2.5.4 Vaskulární demence

Tento typ demence je určen třemi kritérii:

- pacient je dementní,

- musí být prokázáno cerebrovaskulární onemocnění, a to anamnézou, klinickým vyšetřením nebo zobrazovacími metodami,
- předchozí dvě poruchy vzájemně souvisí a jsou na sobě závislé.

U vaskulárních demencí se vyskytují kognitivní poruchy v důsledku poškození mozku různým typem cévní patologie. Demence se projeví ve chvíli, kdy je rozsah poškození CNS vyšší, než jaké jsou kompenzační schopnosti mozku. Vaskulární demence je druhou nejčastější příčinou demence. K poškození CNS dochází v důsledku nemocí kardiovaskulárního systému, hypertenze, často souvisí s probíhající zjevnou nebo téměř asymptomatickou cévní mozkovou příhodou. Kognitivní patologie a další symptomy se objevují náhle, často fluktuují. Symptomy demence se projevují zpravidla do 3 měsíců po proběhlé cévní příhodě. (Pidrman, 2007)

2.5.5 Creutzfeldt – Jakobova nemoc

Je to demence při zánětlivých onemocnění CNS. Jde o obávanou, ale vzácnou nemoc. Její prevalence je jeden až dva případy na milión osob. Tato demence je rychle progredientní. Počáteční projevy jsou necharakteristické: dostavuje se únava, poruchy soustředění, poruchy spánku a příjmu potravy. Během několika týdnů dochází k rozvoji demence s multifokálním poklonem. Průměrná doba přežití od objevení se prvních příznaků je 8–12 měsíců. Tato nemoc se nejčastěji vyskytuje mezi 40. a 60. rokem života. Diagnóza Creutzfeldt-Jakobovy nemoci je založena na přítomnosti demence a zároveň přítomností neurologických příznaků. (Pidrman, 2007, s. 57)

2.6 Příznaky demence

Charakteristické příznaky demence by se daly shrnout takto:

- poruchy intelektu,
- poruchy paměti,
- poruchy orientace,
- poruchy abstraktního myšlení,
- poruchy chápání,
- poruchy pozornosti a motivace,
- poruchy korových funkcí (apraxie, afázie),
- poruchy emotivity,

- poruchy chování,
- ztráta soběstačnosti. (Pidrman, 2007, s. 10)

2.7 První zákon demence

První zákon demence znamená narušení procesu ukládání do paměti, což tedy znamená, že pokud někdo trpí demencí, nedokáže již přenášet informace ze své krátkodobé paměti do dlouhodobé.

Toto jsou přímé důsledky narušeného ukládání do paměti:

- dezorientace v neznámém prostředí,
- dezorientace v čase,
- opakované kladení týchž otázek,
- opakované vyprávění téhož příběhu,
- pacient rychle ztrácí nit vyprávění,
- pacient nedokáže odpovědět na žádnou otázku týkající se nedávných událostí,
- pacient se nedokáže naučit nic nového,
- pacient rychle ztrácí věci,
- dezorientace, pokud jde o neznámé lidi,
- pacient rychle zapomíná na schůzky,
- časté změny nálad. (Buijsen, 2006, s. 22)

K těmto problémům se pojí například problém s orientací v čase. Člověk se začínající demencí se bude neustále ptát někoho „Kolik je hodin“? Nebo „Co je dneska za den? Úterý nebo středa?“ Nebo není schopen odpovědět na jednoduché otázky „Co jsi měl dnes k večeři?“

Nepřímé důsledky narušeného ukládání do paměti můžeme shrnout takto:

- vyhýbání se kontaktu s ostatními lidmi, stahování se do pozadí,
- ztráta iniciativy,
- budování fasády: lži a (vychytralé) vyhýbavé odpovědi, připravené odpovědi dopředu
- popírání zapomnětlivosti,
- závislost, občas si dokonce činí člověk na pečujícího nároky,
- agresivita, deprese, podezřívavost,
- hromadění věcí,

- fyzický neklid (chození sem a tam),
- nadměrná spotřeba jídla, pití a cigaret, alkoholu (či opak).

(Buijsen, 2006)

Důležité je, že v počátečních stádiích demence si nemocný často dobře uvědomuje, že dělá chyby při běžných úkonech a že dokáže dělat méně než dřív. Také si všímá, že se méně umí vyrovnat s novým a neznámým, přizpůsobit se jinému prostředí.

Nemocný se také může uchýlovat k vymýšlení „vyhýbavých“ a velmi často vychytralých odpovědí. Když se ho zeptáte, co měl dnes ráno k snídani, může říct „totéž co včera“ nebo „odkdy tě zajímá, co jsem měl k snídani“.

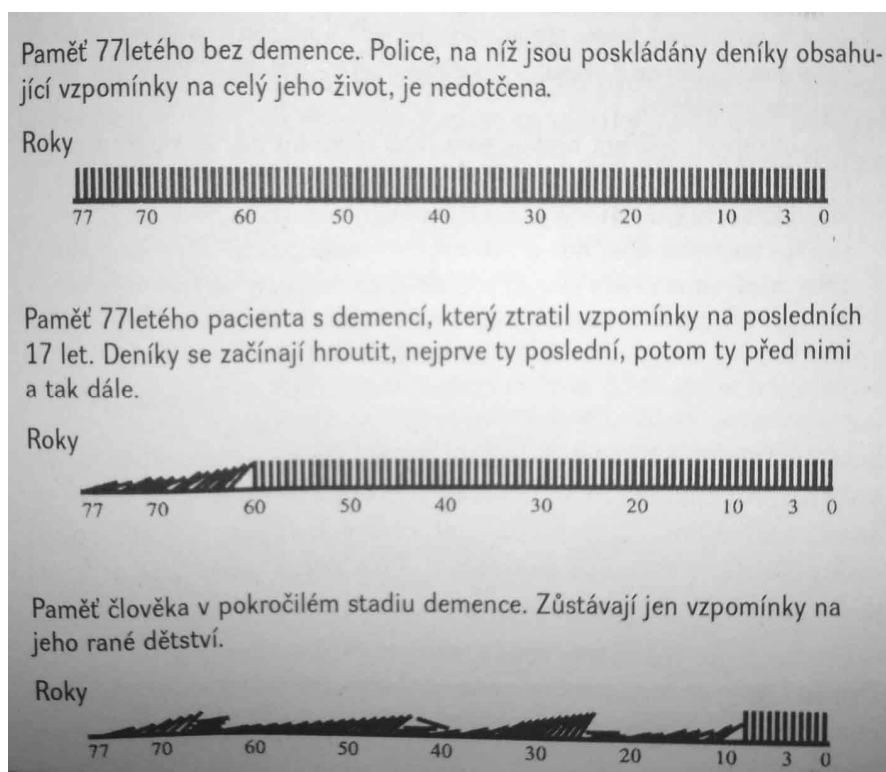
Člověk postižený demencí ví, kdo je pro něj klíčová osoba, kterou nechce ztratit z dohledu. Můžeme usuzovat, že někde ve svém nitru ví, že s ním je něco podstatného v nepořádku. (Buijsen, 2006)

2.8 Druhý zákon demence

Druhý zákon demence poukazuje na postupnou destrukci dlouhodobé paměti.

Dlouhodobou paměť si můžeme představit jako rozsáhlou knihovnu napěchovanou osobními deníky. Jak napsal Oscar Wilde, *„paměť je deník, který všichni nosíme s sebou“* (obr. 1). Dlouhodobá paměť se začíná rozpadat, a to zvláštním způsobem: postupně ubývá zapamatované od časově nejblížejších údajů a končí u těch nejvzdálenějších. (Buijsen, 2006, s. 29)

Obr. 1 Stav paměti.



(Buijssen, 2006)

2.9 Vyšetřovací metody

Existuje mnoho metod, pomocí kterých se vyšetřuje demence:

- CT mozku.
- EEG.
- Lumbální punkce.
- Metoda PET, SPECT.
- Test kreslení, test hodin, dotazníky.
- Test paměti (viz příloha č. 1).
- Mini-mental state examination (MMSE).
- Neurologické vyšetření.
- Testy vizuospeciálních funkcí (funkcí prostorové paměti), konstruktivní apraxie – Bender – Gestaltův test – testují schopnost obkreslit obrazce se stoupající náročností.

- Test kreslení dráhy – hodnotí schopnost plánování, zrakově pohybovou koordinaci, zrakové vyhledávání, pozornost, schopnost přizpůsobit se, sleduje i psychomotorické tempo.
- Stroopův test – vhodný k posouzení míry pozornosti, mentální pružnosti, psychomotorického tempa a adaptace na zátěž. (Pidrman, 2007)

3. PORUCHY CHOVÁNÍ U DEMENCE

Cílem intervence u problémového chování u demence není chování zastavit, ale zaměřit se na jeho příčinu, na potřeby nemocného, které se za ním skrývají.

Někdy je problém jednoduchý, dobře srozumitelný a snadno řešitelný. Pokud je to možné, k chování vždy musíme přistupovat individuálně. Snažíme se ignorovat chování jako takové, ale zaměřujeme se na okolnosti, které k němu mohly vést. Pokud se to nedaří, odvádíme pozornost nemocného k jiným věcem, jiným událostem („Ted’ se asi cítíš mizerně vid’, pojd’, radši se půjdeme projít.“). (Jirák et al., 2009)

3.1 Prevence problémového chování

1. Ocenění

Člověk s demencí potřebuje být oceněn, pochválen, mít stále vlastní hodnoty. Je proto vhodné k němu přistupovat, pokud je to možné, tak jako v minulosti, když byl ještě zdrav.

2. Podpora dobré nálady

Je vhodné vyhýbat se situacím, ve kterých by nemocný mohl selhat. Povzbuzovat ho, nechat ho dělat jednotlivé činnosti v přiměřeném tempu a vyhovujícím způsobem. To platí také o otázkách, na které nedokáže z důvodu demence odpovědět. Dobré proto je, když pečující sdělí, že to není podstatné, nebo hledá řešení sám.

3. Podpora paměti

S ohledem na poruchu paměti využíváme celou řadu pomůcek pro podporu paměti, pro udržení této schopnosti na určité úrovni a pro zlepšení orientace v realitě. Zejména u počátečních forem demence lze využívat štítky s nápisy, velký kalendář, nástěnku se zprávami apod.

4. Fyzický kontakt

Potřeba fyzického kontaktu je velmi individuální. U většiny pacientů s demencí je tento kontakt nedostatečný nebo chybí úplně. Je vhodné u nemocného tuto potřebu opatrně

otestovat a podle toho fyzický kontakt používat. Prvním kontaktem může být delší podržení ruky, pohlazení rukou, ramen, hlavy, objetí.

5. Jednoduchá komunikace

Není vhodné, aby se nemocný musel často sám rozhodovat. Neměli bychom zapomínat na kontrolu stimulů u pacientů s demencí. Jejich schopnost přijímat a zpracovávat podněty a informace je velmi omezená.

6. Péče o celkový tělesný stav

Je třeba zajistit dostatek výživy a zavodnění těla, léčba tělesných onemocnění, racionální farmakoterapie, optimalizace tělesné kondice atd.

7. Úprava prostředí

Zajištění bezpečnosti a vhodnosti bydlení (sprchový kout místo vany apod.), zlepšení osvětlení, odstranění zbytečných zvuků (nepoužívat televizi či rádio jako kulisu), ponechání oblíbených fotografií.

8. Vhodný přístup

Důležitý je klid, vlídnost, trpělivost, hlasité jednoznačné vyjadřování, komunikace z očí do očí.

9. Psychoterapeutické techniky

Patří sem například masáž, aromaterapie, multisenzorická stimulace, pet terapie, muzikoterapie či tanec.

10. Behaviorální přístup

Je to analýza chování, eliminace stresorů prostředí, zajištění příjemných aktivit a sociálních kontaktů, maximální využívání zachovaných kognitivních schopností nemocného, vhodná reakce na chování (nevyčítat, odvést pozornost atd.) a intenzivní „péče“ o pečující.

11. Specifický přístup

Důležitý je zde individuální přístup podle konkrétní situace. (Jiráček et al., 2009)

3.2 Nejčastější typy problémového chování a psychiatrických symptomů u demence.

Níže jsem uvedla několik vybraných typů chování s, kterými se nejvíce setkávají pečující:

- bránění se péči,
- agitovanost (neklid),
- agresivita,
- toulání se, bloudění,
- poruchy spánku,
- psychotické příznaky,
- misidentifikace,
- deprese,
- úzkost. (Buijssen, 2006)

Problémy mohou být hlavním zdrojem zátěže pro pečující a nejčastější příčinou institucionalizace nemocných. Problémové chování vyjadřuje často snahu nemocného sdělit svoji potřebu pečujícímu. Vzniká jako důsledek nedostatečného souladu mezi potřebami člověka s demencí a schopností těmto potřebám vyhovět. Může jít také o důsledek nudy, nebo naopak únavy. Může jít i o důsledek psychiatrické poruchy (například agresivita u psychotických příznaků či deprese). Jde výhradně o symptom demence, tedy ne o schválnost či zlý úmysl. (Jirák et al., 2009)

3.2.1 Bránění se péči

Demence postihuje dospělé lidi s vytvořenou osobností, osobním stylem, způsobem života, žebříčkem hodnot, rodinou, různými návyky.

Vlivem demence dochází k celkovému narušení mozkových funkcí, ale do určité míry zůstává zachováno uvědomování sebe sama, svých zvyklostí a hodnot. Zároveň s věkem klesá schopnost přizpůsobit se a postarat se sám o sebe.

Najednou nemocný cítí, že mu někdo chce diktovat, co má dělat, kdy má vstávat, kdy chodit spát, kdy obědvat, když on ještě sám nemá hlad. On si není vědom změny, nechápe, proč by mu měl někdo pomáhat, když to dosud nepotřeboval, zároveň nemá náhled, že sám věci nezvládá. Proto se péči brání, neví, co se najednou děje.

Typické je bránění se mytí, oblékání, nechut' jít ven, odmítání jídla apod. Je třeba si uvědomit, co nemocnému vadí, je-li činnost nezbytná, jak ji lze nahradit, nebo provést jinak.

Není dobré dělat věci za nemocného, vhodná je pouze asistence podle jeho potřeb (například přestává-li zvládat samostatné oblékání, připravíme oblečení, pomůžeme zapnout knoflíky, upravíme oděv atd.)

Starý člověk lpí na svých zaběhlých vzorcích chování, snažíme se mu je zachovat, nabídnout mu situaci, ve které se může daný stereotyp rozběhnout (na místo: „Jdi se učesat“ ho zavedeme do koupelny před zrcadlo, dáme mu do ruky hřeben a řekneme: „Teď se můžeš hezky učesat.“) Důležitá je motivace pro činnost například: „ Pojď, mami, umyju ti vlasy, aby ti to slušelo, až přijde táta.“)

(Jiráček et al., 2009)

3.2.2 Agitovanost

Projevuje se neklidem, nemocný nevydrží na jednom místě, neúčelně manipuluje s věcmi, bloudí, hrozí odchod z bytu či oddělení, odmítá spolupracovat. Někdy je spojena s agresivitou (nemocný nadává, vyhrožuje, ničí nábytek či jiné věci kolem sebe, může napadnout i druhou osobu).

Dále jsou typické podvečerní stavy zmatenosti (tzv. „syndrom zapadajícího slunce“). Jsou to stavy zmatenosti, neklidu, které se objevují obvykle v podvečerních nebo večerních hodinách. Podílí se na nich zřejmě nedostatek světla, únava. Vyskytují-li se, je třeba předem na tu dobu naplánovat nějakou nenáročnou, příjemnou aktivitu (klidná hudba, masáž), zajistit dostatek světla. (Jiráček et al., 2009, s. 75)

3.2.3 Toulání se a bloudění

Další problémové chování u demence je toulání se a bloudění. Může jít o vyjádření potřeby pokračovat v zaběhlém stereotypu („odchází do práce“), o snahu utéct z prostředí, které nepoznává, viz nový domov, či potřebu najít něco známého, blízkého. Nemocní ztrácejí orientaci, mohou zabloudit, ztratit se. Člověka s demencí, který má tendence se toulat, nenechávat samotného. Je třeba též se poskytnout mu dostatek aktivity, která by ho naplnila. Byt musí být zabezpečený, aby nemohl sám odejít například z pokoje (zejména v noci, kdy ostatní členové rodiny spí).

Existuje projekt „Bezpečný návrat“, jehož cílem je zajistit pomoc lidem, kteří často bloudí a nemohou nalézt cestu domů. Nemocný dostane náramek s identifikačním kódem a telefonním číslem na službu České alzheimerovské společnosti. Na základě kódu služba zjistí identitu nemocného a kontaktuje příbuzného podle databáze. (Jiráček et al., 2009)

3.2.4 Mimořádná opatření

Pokud má být dementní člen rodiny „ochráněn“ před nechtěnými procházkami, není jiná alternativa než zamknout všechny dveře. Pro absolutní jistotu, že „neuteče“, je třeba dát do dveří nové zámky. Také je dobré nainstalovat alarm. Jsou alarmy, které lze umístit například pod rohožku u vstupních a zadních dveří, které se aktivují, jakmile se na ně vstoupí.

Pokud jsou tato opatření příliš nákladná, stačí umístit u dveří obyčejný závěsný zvonek, který hlasitě zazvoní pokaždé, když někdo otevře. Doporučuje se také instalovat zámky na okna a nepoužívat automatické zavírání dveří (například garážových). Také je vhodné zajistit, aby u sebe dementní osoba nenosila velké sumy peněz. Preventivně by měl mít klient s demencí u sebe kartičku se svým jménem, adresou a telefonním číslem buď v peněžence nebo v SOS medailónku na řetízku kolem krku, dále hodinky, nebo už zmiňovaný náramek. (Buijssen, 2006)

3.2.5 Poruchy spánku, noční neklid

Ve stáří dochází ke změnám ve struktuře spánku, staří lidé často hůře usínají, častěji se v noci probouzejí, budí nebo nemohou usnout. U demence jsou tyto změny ještě markantnější.

Mohou se objevit i noční stavy zmatenosti (deliria), kdy nemocný vstává, bloudí po bytě, budí ostatní, může křičet, něco hledat, mít tendenci utíkat apod. Je třeba usilovat o nalezení možné příčiny problému (bolest, nepohodlí, noční močení, úzkost atd.). Důležité je dodržet pravidla spánkové hygieny (vynechat kávu, čaj a stimulační léky v odpoledních a večerních hodinách, zajistit přiměřenou teplotu v ložnici a pravidelnou dobu ukládání, zabránit dennímu spávání, v podvečer zařídit procházku či lehkou fyzickou aktivitu atd. (Jiráček et al., 2009)

3.2.6 Psychické příznaky

Deprese, bludy, iluze, halucinace a úzkost patří mezi nejčastější psychické příznaky.

Deprese se u starších lidí projevuje velice často, především tělesnými příznaky: únavou, bolestí hlavy či jiných částí těla, závratěmi, gastrointestinálními potížemi aj. Nemocný mívá často pocit bezmoci, beznaděje, obviňuje se. Jindy se deprese navenek projevuje podrážděností nebo impulzivním agresivním chováním, daným neschopností nemocného vyhovět našim požadavkům nebo zvládat běžné denní úkony. Deprese je u demence velmi častá.

Bludy jsou chorobné smyšlenky, o kterých je člověk s demencí zcela přesvědčen. Bývají nejčastěji paranoidní („okrádají mě“, „chtějí mě zabít“, „pomlouvají mě“). Jsou spíše izolované, často podpořené poruchou paměti, smyslovým deficitem a sociální izolovaností.

Iluze je zkreslené vnímání reality, například vlající závěs je vnímán jako lidská postava. (Jirák et al., 2009)

3.3 Postup při vzniku problémového chování

- Objektivně zhodnotíme chování nemocného, popíšeme konkrétní poruchy a získáme maximum informací o okolnostech jejího vzniku.
- Zhodnotíme vlastní pocity a reakce na chování, pokusíme se být klidní.
- Hledáme příčinu poruchy (pozor, nemocný většinou není schopen sdělit, co mu vadí).
- Snažíme se odstranit poruchy chování, její příčinu: nefarmakologické prostředky, psychofarmakoterapie.

Je žádoucí spolupráce rodinných příslušníků a ostatních pečujících. (Jirák et al., 2009, s. 78)

Tab. 2 Příklad záznamu chování („deníček chování“).

Chování	Předcházelo	Opatření
Při obědě vztekla shodila talíř.	Chtěla jsem, aby jedla příborem.	Nechala jsem jíst lžící, to ji zklidnilo.
Dokola se ptala, kdy přijede vnučka.	Informace o tom, že přijede vnučka.	Ukazovala jsem jí fotografie vnoučat a vyprávěla jí o nich (ptala se stále, ale mně to přestalo vadit)

(Jirák et al., 2009)

Lidé s demencí mají často tendenci „zrcadlit“ chování svých pečujících. Je nutné se zamyslet, zda jsme neměli nějaká očekávání, která nemocný nesplnil, zda nejsme „naštvaní“, podráždění. Nemocný, musí mít pocit partnerství, nikoliv závislosti. Poznává hned změnu v chování pečujícího, reakce, že se něco děje, něco není v pořádku.

Vyvarujeme se jakéhokoli spěchu, nepřeceňujeme schopnosti nemocného a úkoly členíme do jednotlivých kroků, kterým rozumí.

Důležité je vytvoření vstřícné atmosféry, odpadá tak strach ze selhání, ze zesměšnění, ztrapnění. Výčitky typu: „Proč mi to děláš?“, „Vždyť jsem ti to říkala už 100krát...“ Jsou zcela zbytečné, mohou vyvolat jen pocity viny z nepochopených příčin, negativní emoce, rozčilení. Nevíme-li si rady, můžeme říct prostě: „Prosím tě, nedělej to, je mi to nepříjemné.“ Klidný, vlídný a trpělivý přístup je prvním krokem v léčbě poruch chování u demence. (Jiráček et al., 2009)

Příklad

Situace 1. Dcera (hlasitý podrážděný projev): „ Máš být přece v posteli! Co tu zase děláš!“ (vezme nemocnou pod paží a snaží se ji odvést silou do pokoje) „ Nech mě být!“ (brání se, má tendenci se s dcerou prát)

Situace 2. Dcera (vlídný, klidný projev) „ Ahoj mami, Já myslela, že už spíš. Chceš se trochu projít?“ (s úsměvem přistupuje k nemocné). Paní V. klidně vstane, zavěsí se do dcery a odchází do pokoje. Dcera: „ Výborně, mami. Teď už se ti bude dobře spát“.

Situace 3. Dcera (podrážděně): „No tak, mami, pomoz mi přece aspoň s tím nádobím! Copak nevidíš, že nevím co dřív?“ Matka bezradně přistupuje k pultu a začne ukládat mokré nádobí do skříňky. Při hádce s dcerou se rozbije talíř, matka začne křičet.

Situace 4. Dcera (klidně): „ Mami, pomohla bys mi prosím? Vezmi si tady utěrku, ano, a utři to umyté nádobí. Utřené pokládej sem, pak to spolu uklidíme.“ Matka pomalu utírá nádobí a dává ho na připravený táč. Dcera po chvíli: „ Výborně, mami, děkuji, moc jsi mi pomohla. (Jiráček et al., 2009, s. 80)

3.4 Emoční výbuchy

Neberte si emoční výbuchy osobně. Pamatujte, že tyto výbuchy většinou nejsou míněny osobně, ale jsou mnohem více výrazem bezmocnosti. Člověk s demencí ví, že ztrácí vládu nad svým životem a že jeho život začíná vést někdo jiný. Tento pocit ztráty vyvolává stejné emoce jako jakýkoli jiný proces truchlení: agresivitu, zármutek, apatii a jiné.

Když musíte čelit hněvu, skleslosti nebo nedůvěře (obviňování), podrážděnosti, snažte se obrátit pozornost svého pacienta k něčemu jinému. Protože nedokáže nemocný podržet informaci delší dobu, brzy zapomene, co způsobilo jeho negativní pocity nebo že byl třeba na vás naštvaný.

Musíte však být velmi opatrní, když si je člověk s demencí plně vědom svého vlastního mentálního úpadku. Pak bude chápat vaše snahy ho rozptýlit jako důkaz, že ho neberete vážně. V tom případě bude účinnější, když dáte najevo, že chápete jeho pocity. (Zgola, 2003)

3.5 Farmakoterapie

Některé poruchy chování vyžadují farmakoterapii. Jsou to stavy, které ohrožují nemocného a jeho okolí, a i stavy, které narušují péči o nemocného či jeho pohodu při selhání nefarmakologických postupů.

Je nutné použít bezpečné léky, ve správném dávkování jen po nezbytně nutnou dobu. Psychofarmakoterapie s sebou přináší svá specifická rizika ve formě vedlejších a nežádoucích účinků. (Jirák et al., 2009, s. 83)

4. PAMĚŤ

4.1 Funkce paměti

Vědci zjistili, že člověk má obecně dva druhy paměti: krátkodobou a dlouhodobou. Všechno, co v kterémkoliv daném okamžiku slyšíme, vidíme, chutnáme, čicháme nebo pocítujeme (pět smyslů), vstupuje nejprve do naší krátkodobé paměti. V tomto malém předpokoji naší vyšší paměťové komory setrvává informace maximálně 20 až 30 sekund.

Během půl hodiny musíme provést selekci. Když chceme prodloužit dobu zadržení informace, musíme ji přesunout do komory dlouhodobé paměti, velkého skladiště, jemuž běžně říkáme paměť. (Buijssen, 2006, s. 19)

Můžeme to shrnout tak, že procesu zapamatování napomáhají zejména následující faktory:

- pozornost,
- opakování,
- vizualizace,
- asociace,
- uspořádané struktury,
- chápání významu,
- humor.

(Buijssen, 2006, s. 21)

4.2 Trénování paměti

Mnohé z projevů problematického chování člověka pochází z pocitu zranitelnosti, nejistoty, předtuchy a úzkosti, neschopnosti něco správně udělat. Tím je tato osoba více náchylná k takovýmto pocitům. Snaha vypořádat se s rušivým, rozptylujícím, mnohoznačným a zavádějícím prostředím je pro osobu takovou zátěží, že na to, aby se potýkala s jinými problémy, jí už mnoho sil nezbývá. Je proto možné, že reakce bude pravděpodobně útek, hledání, přecházení a bojechtivost anebo naučná bezmocnost. Proto by pečovatelé měli vytvořit pomocí následujících opatření co možná nejsrozumitelnější prostředí:

- Vyloučit stimuly, které mohou mást, jsou dvojznačné či nemají význam,
- Pro zlepšení orientace dávat pokyny zapojující více smyslů,
- Udržovat stálé prostředí,

- Pro zlepšení smyslového vnímání využívat barevných kontrastů a matných povrchů,
- Zajistit kvalitní osvětlení,
- Odstranit ostré světlo a stíny.

(Zgola, 2003)

Toulání, agresivita, uzavření se do sebe a jiné projevy chování, které nás mohou překvapit, bývají vyvolány nesprávným vnímáním podnětů z okolí a úzkost takové vjemy způsobí. Prudké světlo deformuje prostor a kontury v něm umístěných podnětů. Stíny mohou vypadat jako trojrozměrná tělesa. My například květiny na koberci vidíme jako vzorek, zatímco osoba s narušenou poznávací schopností může mít obavy do místnosti vkročit, že květiny pošlape.

Pečovatel si musí osvojit zvyk objektivního hodnocení prostředí. Je nábytek v pokoji svou barvou a tvarem jasně rozlišitelný? Velké tisky intenzivních barev na čalounění mohou způsobit, že tvar křesla je nezřetelný, a tudíž osoba může mít problém s rozeznáním místa, kam si lze sednout. Kolem jídelního stolu by neměl být žádný nepořádek, stůl má mít jasné ohraničení. Talíře, příbory i jídlo se má odlišovat od pozadí a být jasně rozeznatelné. Důležité schůzky, návštěvy nebo jiné události by měly být zapsány v kalendáři. Telefonní čísla, která potřebuje pravidelně používat, by měla být napsaná na papíru vedle telefonu.

Na dveře koupelny a toalety možno nalepit příslušnou kresbu nebo fotografii, čímž pomůžeme svému pacientovi, aby se lépe orientoval (Zgola, 2003)

4.3 Přizpůsobení rytmu klienta

Je důležité držet se svým pacientem krok. Jeho tempo je mnohem pomalejší, stejně jako myšlení. Mějme na paměti, že pacienti s demencí (téměř) vždy okamžitě zapomenou, co viděli a slyšeli, a tak vnímají většinu věcí jako nové a neznámé, zatímco pro nás jsou velmi dobře známé.

Když se pacient s demencí ráno obléká, jsou jeho jednotlivé svršky první, co bude zkoumat. Nejenže jsou to věci, které evidentně vidí poprvé, ale navíc musí zjistit, k čemu jsou. Takže musí přijít na to, o který kus oblečení se jedná: Jsou to jeho kalhoty, nebo vesta? A tím to nekončí. Ještě musí zjistit, do které nohavice patří která noha, do pravé, nebo do levé? A také se snadno rozptýlí, protože má sklon ztrácet se v nejmenších detailech.

Pacientka s demencí například může být zcela zaujata květinovým vzorem své halenky. (Buijssen, 2006)

4.4 Řád, pravidelnost a odpočinek

Pacienti s demencí mají velkou potřebu řádu, pravidelnosti a odpočinku. Snažíme se tuto potřebu uspokojovat co nejvíc a zavedeme každodenní rutinu: vstávání, mytí a oblékání, snídane, nákup, káva, odpočinek, drobné práce v domě, oběd, procházka, úklid, krátký spánek, čaj, příprava jídla, aperitiv, večeře, odpočinek, spánek.

Zajistíme, aby nábytek zůstal, kde vždycky byl. Máme věci v domě uklizené, aby pacient mohl všechno přehlédnout jedním pohledem, a zajistíme, aby snadno našel věci, které jsou pro něho důležité. (Buijssen, 2006)

4.5 Pravidla pro výběr nabízených aktivit

Nuda a celodenní nicnedělání nejsou dobré pro nikoho, natož pro lidi s počínající demencí. Aktivní zapojení do nějaké činnosti a její dokončení přispívá k budování sebeúcty a pocitu, že máme svůj život pod kontrolou. Nebude však snadné přimět osobu s demencí k souvislé činnosti.

Základní principy:

- pečovatel by měl být zaměstnaný a aktivní,
- zařazení činností na takovou denní dobu, kdy postižený člověk mívá nejvíc energie,
- budme realističtí a mějme na paměti, že činnost sama je důležitější než její výsledek,
- přestaneme pracovat, pokud zaznamenáme náznaky neklidu,
- rozdělíme činnosti do jednoduchých kroků.

Aktivita, které jsou u lidí postižených demencí neúspěšnější:

- užívání známých pohybových stereotypů,
- obsahují výrazně rytmické prvky,
- obsahují jeden opakující se krok,
- poskytují okamžitou zpětnou vazbu,
- zapojují člověka přímo
- jsou dosti rigidní, konkrétní a předvídatelné.

Při zavádění aktivity:

- využívání zachovaných schopností klienta,
- minimalizace rozptylujících podnětů,
- omezení možnosti volby,

- vyhýbat se dvojznačnosti,
- dávat podrobné instrukce a být konzistentní,
- napomáhání konkrétními vizuálními prostředky,
- vyloučení možnosti případného neúspěchu.

K zapojení váhavé osoby, která klade odpor:

- neptat se, raději dávat pokyny a udávat směr,
- pomáhat výraznými konkrétními podněty,
- začínat činnost tím, že necháme klienta, aby se díval,
- vytvářet situace, které spustí spontánní reakci,
- ujistíme se, zda tato činnost odpovídá schopnosti klienta porozumět a vykonat ji.

Dojde-li k nezdaru, je třeba:

- uchránit člověka s kognitivním postižením před dalšími nezdary,
- podílet se na zodpovědnosti za nezdar, ale činit tak realisticky,
- hodnotit výsledek pouze ve vztahu k úrovni schopností nemocného. (Zgola, 2003)

4.6 Individuální hry pro seniory v domácím prostředí

O čem se píše v novinách

Pro ranní „nastartování“ mozku lze najít v novinách mnoho materiálu. Dobré jsou noviny s velkými písmeny nebo obrázky ke každé zprávě.

Přečteme člověku s demencí:

- Kdo má dnes narozeniny.
- Rady zahrádkářům, v tuhle chvíli můžeme připomenout, co se právě děje v přírodě a jaké činnosti probíhají v zahradách.
- Soustředíte se na zvlášť kvalitní fotografie, diskutujeme o nich nebo je jen obdivujeme.
- Probereme hlavní titulky nebo jakékoli místní záležitosti.
- Nejvyšší politické celebrity, co dělají a k čemu se chystají.
- K čemu se chystají slavní umělci, co dělají a jiní známí lidé (bulvární noviny).
- Sportovní zprávy.
- Politika.
- Horoskop.
- Předpověď počasí. (Walsh, 2005)

Je jasné, že vybíráme informace, o kterých víme, že klienta zajímají, pokud např. nemá rád sport, nebudeme tím pádem mluvit o sportu.

(Je samozřejmě dobré se k těmto událostem během dne vracet, opakovat je, ptát se klienta, zda si něco pamatuje z toho, co jsme probírali ráno.)

Dnešní datum v historii

Je možno čerpat z různých knih. Základem je hovor o narozeninách či úmrtích významných lidí a o důležitých událostech, jejichž výročí připadá na dnešní den. (Walsh, 2005)

Volby

Pokud se blíží volební období a v novinách denně vidíme různé volební slogany, není špatné jedno odpoledne si o tom promluvit.

Zeptáme se klienta, jaké politické skupiny zná, názvy zapíšeme na papír. Je vhodné pohovořit např. o jejich strategiích, nebo kdo je současný předseda strany. (Walsh, 2005)

Kdo je důležitější

Tuto hru lze hrát třeba některé volné odpoledne. Dávají se možnosti, kdo je důležitější. Například:

Lékař - ředitel firmy

Šéfkuchař - horník

Montér - policista

(Walsh, 2005)

Nedokončené věty

Tato aktivita je dobrá, pokud je zřejmé, že se klientovi něco nelíbí, je smutný, rozhněvaný.

Užíváme věty typu:

Celý život jsem vždycky chtěl dělat...

Teď bych mohl něco změnit...

Dělá mi starosti, že...

Deprimuje mě když...

Nejdůležitější věci pro mě v životě jsou...

Mou dobrou vlastností je...

(Walsh, 2005)

4.7 Činnosti v domácnosti

Domácí práce: utírat prach, vysávat, zametat, vytírat mopem, skládat prádlo, prostírat stůl, leštit stříbro nebo nábytek, zalévat rostliny a květiny.

Práce venku: okopávat, pracovat na zahradě, zalévat květiny, vytrhávat plevel

Ruční práce: navlékat korále, hrát stolní hry, vyrábět koláže, vyrábět razítka z houby nebo brambory, jednoduché šití.

Vzpomínky: prohlížet si alba s fotografiemi, společně sledovat rodinné filmy a videa, prohlížet si diapozitivy.

Volný čas: prohlížet si výklady, jít na procházku nebo jet na projížd'ku autem, tancovat na oblíbenou hudbu, poslouchat oblíbenou hudbu, navštěvovat místní sportovní akce, řešit jednoduché puzzle, počítat a třídit prostírání nebo jiné předměty v domácnosti. (Zgola, 2003)

5. KOMUNIKACE S KLIENTEM S DEMENCÍ

„Příroda nám dala jeden jazyk a dvě uši, abychom dvakrát slyšeli, o čem mluvíme.“

(Zenon, řecký filozof)

„Člověk potřebuje mluvit, aby ho někdo slyšel a poslouchal, aby měl pocit sounáležitosti s ostatními lidmi, a mohl tak existovat. Řeč však s sebou přináší nebezpečí nepochopení, nebo dokonce odsouzení, zklamání a zranění.“ (Pichaud, 1988, s. 32)

5.1 Rozdělení komunikace

1. Filtrace-dochází k ní pod představou, kterou si o druhém vytváříme. Může být poznamenaná různými omyly a nepřesnostmi.
2. Kódování a dekodování, to podobná slova, která můžou být jinak pochopena. Např. Uvolněte si nohy při rozcvičování a někdo si začne rozvazovat boty. (Pichaud, 1988)

5.2 Komunikace s člověkem s demencí

- dementního člověka udržovat v dobrém fyzickém stavu (dávat pozor na oblékání, dehydrataci),
- nechat mu jeho osobní prostor, hodiny, fotografie, polštář, pohlednice,
- zachovávat v co největší možné míře jeho autonomii, např. nechat ho bloumat po domě, nevykonávat za něj některé věci,
- zabránit izolaci od ostatních lidí,
- nemluvit příliš rychle, mluvit pomalu a jasně, příliš nekřičet,
- vyvarovat se šeptání s ostatní osobou, může to vést k podezírání,
- zachytit pohled toho druhého, aby věděl, že na něj mluvíte,
- vždy je třeba dát pacientovi čas na to, aby si rozmyslel co říct, neskákat mu do rozhovoru,
- když je vyslovována žádost, je moudré říci: “mohl byste udělat to a to“ v prostředí nebo v situaci, ve které se činnost bude provádět. Třeba žádost, aby se obléknul, by

měla být vyslovena v koupelně nebo v ložnici. Otázky co bude jíst nebo pít, naopak v kuchyni.

Je třeba ověřovat, zda člověk s demencí skutečně pochopil, co jsme řekli. Snažíme se co nejvíce vyhýbat diskuzím, jež vyžadují odpovědi „ano nebo ne“. (Buijssen, 2006)

5.3 Komunikace a její problémy

Pacientova schopnost komunikovat prostřednictvím jazyka nezmizí náhle. Dochází k tomu postupně. Prvními příznaky jsou problémy s hledáním slov. Proto se pacienti s demencí neustále ptají svého okolí: „Jak se ta věc jmenuje?“ Hledání správných slov znamená, že rozhovor je pomalejší a obtížnější než normálně. V konečné fázi demence nedokáže vést rozhovor s pacientem ani ti nejoddanější příbuzní a pečovatelé z jednoduchého důvodu: jeho řečová knihovna, jež kdysi byla pestrá, se nyní smrskla na pouhých několik slov.

(Buijssen, 2006)

5.4 Neverbální komunikace

Dotyk

Je dobré znovu objevit význam ruky, toho nádherného smyslového orgánu. Je třeba na člověka s demencí mluvit, volat na něj, dotýkat se ho a věnovat se mu. Láskyplné gesto uklidňuje, zmírňuje agresivitu. Dotyk se uplatňuje při masážích, mytí, ošetrovatelské péči, jídle nebo při různých aktivitách.

Mimika

Je tělesným vyjádřením. Společenská pravidla chování v případě demence jsou smazána. Musíme od neustálých zákazů přejít k chápavému postoji. Dáme mu prostor k vyjádření a to mu přinese ulehčení od úzkosti a napětí.

Příklad:

Paní M. sedí na chodbě a je velmi netrpělivá. Ptáme se jí, co tady dělá. Čeká prý na vlak do Paříže. Vzpomene si, že paní M. jen zřídka vídá svého jediného syna, který je pekařem v Paříži. Pochopíme její chování a přijmeme ho jako výraz mateřské touhy. Za chováním, které se zdá nesouvislé, se vždycky skrývá nějaký smysl.

Sluch

Je jasné, že pro nemocného má velký vliv komunikace, ale nemáme nikdy jistotu, zda bude naše sdělení úplně nebo alespoň částečně pochopeno.

Řešením může být hudba. Přiblížit se k člověku pomocí hudby, k tomu je třeba dobře znát jeho hudební vkus, v jaké hudbě nachází potěšení, a podle toho vytvořit klidné prostředí pro poslech.

Agresivní zvuky, jako například bouchání dveřmi, stále a příliš hlasitě puštěný televizor, to vše má negativní vliv. Starý člověk pak může být rozrušený a neklidný. Dále je třeba zdůraznit význam intonace hlasu, která se zakládá na harmonii zvuků. Hlas má pak určitou kvalitu. Jestliže je správně odstíněný, je příjemný na poslech. Dobré je zdůrazňovat klíčová slova, která jsou pro danou situaci či téma důležitá.

(Pichaud, 1988)

6. SOCIÁLNÍ SLUŽBY, SOCIÁLNÍ PRÁCE

Potřeba sociální práce se starými lidmi se objevuje ze začátku v mimořádných situacích způsobených sociálními či zdravotními faktory. Sociální práce musí směřovat k nejvíce potřebným a to jsou staří lidé, osaměle žijící, léčení doma a zmatení lidé. (Matoušek, 2007)

Ústavy sociální péče jsou instituce zpravidla zřizované státem, s celoročním nebo týdenním pobytem.

Cíl sociálních služeb je vyrovnání příležitostí. Umožňují lidem, kteří jsou v důsledku zdravotního nebo sociálního stavu znevýhodněni, zapojení do života společnosti. Jedná se především o domovy pro seniory a občany s fyzickým, mentálním a smyslovým znevýhodněním, penziony s odlehčovací péčí, osobní asistenci. (Kozlová, 2007)

Cílem služeb sociálních aktivit je podpora volnočasových a jiných programů, které přispívají k rozvoji komunity a místních společenství za aktivní účasti jejich obyvatel, posiluje soudržnost a bezproblémové soužití obyvatel. Jsou to například zájmové kluby a komunitní centra. Rozdělují se podle trvání na dlouhodobé, střednědobé a krátkodobé. Dlouhodobé služby jsou takové služby, jejichž cíle a záměry jsou uskutečňovány v průběhu časového období, jehož horní hranice není limitována. Například je to osobní asistence, pečovatelská služba.

Střednědobé služby jsou takové služby, jejichž cíle a záměry jsou uskutečňovány v průběhu předem stanoveného časového období s horní hranicí zpravidla 1 rok. Například je to odlehčovací péče, stacionáře.

Krátkodobé služby jsou takové služby, jejichž cíle a záměry jsou uskutečňovány okamžitě a zpravidla netrvají déle jak 1 měsíc. Například to jsou poradny. (Kozlová, 2007)

Financování do krajů a obcí se uskutečňuje především formou dotace. Financováním sociálních služeb rozumí Návrh zákona o sociálních službách (108/2006) soustavu finančních toků. Hlavní zdroje jsou státní rozpočet územních samospráv a úhrady za poskytnuté služby od uživatelů. Dále je možnost poskytovat platby uživatelům, tzv. příspěvek na sociální službu. Tento příspěvek je poskytován na základě smlouvy o způsobu zajištění sociálních služeb, má sloužit k financování sociálních služeb, které si uživatel zajišťuje sám. Další platbou z veřejných prostředků bude platba rodině, příspěvek při péči o osobu blízkou. Cílem je

podpořit soudržnost rodiny ve snaze udržet uživatele v prostředí přirozených vazeb a vztahů. (Kozlová, 2007)

6.1 Historie sociálních služeb

Můžeme důvodně předpokládat, že péče o staré lidi byla praktikována tradičně především, nebo dokonce výhradně v rámci rodiny. Starosti s tím spojené ležely dlouhou dobu mimo horizont společenského dna. Když ale rodina z jakýchkoliv důvodů nestačila, nemohla nebo nechtěla pečovat, staří lidé se „propadli“ na periferii lidského společenství. Stávali se viditelným břemenem, nebylo možné je s ohledem na vzrůstající počet přehlédnout. Živořili v nedůstojných podmínkách, putovali, žebraři. Budili odpor, ale současně i soucit. Ubožáci vytvářeli vlastně neformální nátlakovou skupinu a mravnějším té doby bylo jasné, že je třeba pomoci. Ale jak?

Začala tradiční péče o staré lidi, která měla především charitativní charakter (ze začátku praktikované u bohatých jedinců). Pomoc byla vítána a náležitě opěvována. Stále přibývalo starších lidí, a tak se začaly zakládat chudobince a starobince. Tyto organizace, jestli tomu tak můžeme říkat, byly vedeny kláštery a později městy či obcemi. Staří lidé byli ošetřováni v rámci globálně pojaté péče. (Haškovcová, 1990, s. 159)

Tyto organizace sloužily jak k léčbě, tak i jako útulky pro ostatní. Později se útulky rozrostly o diagnostická a terapeutická oddělení. Prvotním cílem všech charitativních snah bylo materiální zajištění nesoběstačných lidí, řešilo se spíše jídlo, oblečení, možnost, kde přespát. Trvalo několik století, než se podařilo většině starých lidí dopřát materiální minimum a víme, že ještě dnes existují státy, kde pomoc starým lidem je poskytována sporadicky nebo na velmi nízké úrovni. (Haškovcová, 1990)

Za zmínku stojí skutečnost, že ve 14. a 15. století vznikaly v Jugoslávii „domovy pro staré lidi“, v Nizozemsku pak „hofjes“. V průběhu 18. století vznikají v USA tzv. „farmy chudých“. Po 2. světové válce se začínají budovat vysokým tempem speciální domovy důchodců po celé Evropě.

U nás lze vystopovat podobnou historii. Od dob Josefa II. je podle tzv. farní chudobinské ústavy také v českých zemích rozvíjena péče o staré, a to především na bázi chudinského práva. Chudý je „podle chudinských zákonů ten, kdo nemá prostředků potřebných k výživě a nemůže se uživit. Podle tzv. domovského práva ze dne 3. 12. 1863 i s novelizací provedených v letech 1886 a 1896 je „domovská obec povinna postarat se

o chudé, k práci nezpůsobilé příslušníky“. Moderní chudinská péče byla vlastně péčí sociální, neboť se snažila odstranit žebrotu, ale i almužnictví, zavedením tzv. poukázkové soustavy, získávání stravenek. Celý systém péče se postupně stával někým garantovaný, tedy institucionalizovaný. Stát, města a obec budují chorobince, starobince i nemocnice. Obrat k lepšímu nastal nepochybně se vznikem samostatného československého státu. Už v roce 1919 byla ustanovena správa pro otázky sociální péče. Pomoc starým lidem poskytovaly ještě různé, zpravidla dobrovolné organizace a náboženské spolky, například Charita, Diakonie, České srdce, Čs. červený kříž. (Haškovcová, 1990, s. 175)

6.2 Formy sociální pomoci

V tomto oddílu jsem velkou část uvedených služeb a informace čerpala z materiálů Gerontologického centra na Praze 8 ve spolupráci s Českou alzheimerovskou společností a občanským sdružením ŽIVOT 90.

V tomto oddílu se zabývám celou škálou sociálních služeb. Od služeb v domácím prostředí, až po pobyt v sociálních zařízeních. Poslední dvě služby se týkají především pečujících.

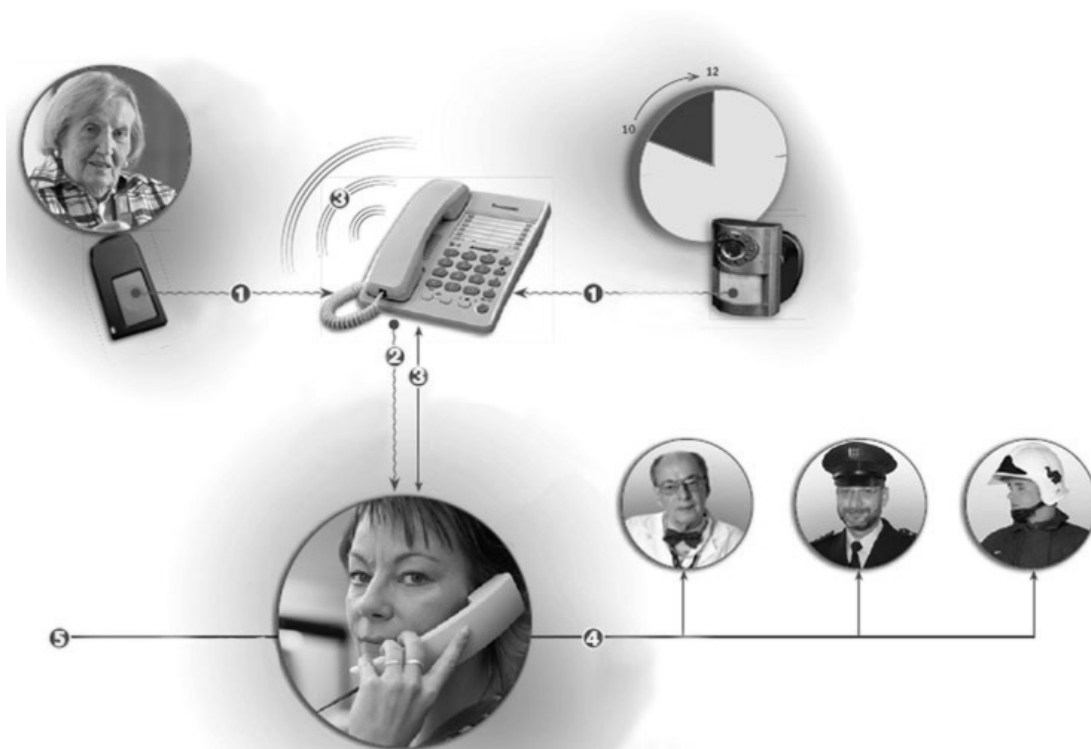
6.2.1 Tísňová péče AREÍON

Tísňová péče AREÍON je komplexní sociální služba, jejímž hlavním cílem je snížit zdravotní a sociální rizika starších osob a zdravotně postižených lidí. Hlavní přínos této služby je třeba vidět zejména v tom, že pomáhá zdravotně postiženým lidem a seniorům ve vysokém věku prožít svůj život důstojně, podle jejich přání a v jejich vlastním přirozeném prostředí – doma.

V roce 2009 oslavilo občanské sdružení ŽIVOT 90 17. výročí poskytování této komplexní sociální služby. Koncem roku 1992 byly na dispečink tísňové péče ŽIVOT 90 v Praze napojeny první terminální uživatelské stanice instalované v bytech klientů této sociální služby, která byla svými realizátory pojmenována „AREÍON“ – posel rychlé pomoci. Služba Tísňové péče AREÍON je dnes poskytována prostřednictvím hlavního dispečinku v Praze a regionálních dispečinků v Hradci Králové, Kutné Hoře a Jihlavě necelým 1 300 klientům ve 34 městech ČR, tj. v šesti krajích ČR. Projektu Tísňová péče AREÍON o. s. ŽIVOT 90 byla v roce 2005 udělena Ministerstvem zdravotnictví ČR Cena Makropulos. Cena byla udělena k ohodnocení mimořádného a v praxi osvědčeného projektu řešícího zdravotní a zdravotně sociální potřeby seniorů v České republice. ŽIVOT 90 jako první poskytovatel tísňové péče v České republice již od samého začátku listopadu 1992 poskytuje tuto službu ve

vysoké kvalitě s akcentem na efektivní poskytování služby i díky tomu, že uživatelské zařízení má oboustrannou hlasovou komunikaci při tísňových zprávách. Jako zakladateli a průkopníku této služby v České republice se podařilo občanskému sdružení ŽIVOT 90 tuto službu zařadit do zákona o sociálních službách 108/2006 Sb. § 44, do kategorie služeb péče. To umožňuje uživateli hradit měsíční úhradu za službu z přiznaného příspěvku na péči. (Občanské sdružení ŽIVOT 90, 2008-2009)

Obr. 2 Schéma již používané nouzové komunikace pro seniory – tísňové péče Areion



(Život 90, 2008-2009)

Tísňové tlačítko nosí uživatel neustále u sebe, zavěšené na krku nebo na ruce jako hodinky. Jakmile v jakékoliv části bytu potřebuje pomoc, stiskne tlačítko, ihned poté je realizováno automatické spojení s dispečinkem. Přes telefonní přístroj s hlasitou komunikací dojde k následnému hovorovému propojení uživatele s operátorem dispečinku. Tato hlasitá komunikace je nesmírně důležitá - jednak pro uklidnění uživatele, protože ví, že se pomoci dovolal a může si domluvit její potřebnou formu a celou službu také zlevňuje, protože vylučuje výjezdy na planý poplach. Služba dispečinku má v počítačovém pultu všechna potřebná data pro organizování zásahu. Například pro potřeby řešení krizových situací existuje smlouva s jednou z pražských výjezdních sanitních služeb. Součástí terminální

koncové stanice je rovněž prostorové čidlo zaznamenávající pohyb v bytě uživatele. Pokud v nastaveném časovém intervalu (obvykle v rozmezí 8-12 hodin) není vyhodnocen pohyb, aktivuje se tzv. „smyčka časového dohledu“. Automaticky dojde k realizaci tísňového volání a k následnému hlasitému hovorovému propojení bytu uživatele s obsluhou dispečinku přes telefonní přístroj s hlasitým provozem. Jakmile uživatel opouští svůj byt, vypne funkci časového dohledu, čímž se systém uvede do stavu hlídání. Jakmile nastane narušení bytu, okamžitě systém zašle do dispečinku zprávu a operátor informuje policii. Jedná se také o důležitou funkci prevence kriminality. (Občanské sdružení ŽIVOT 90, 2008-2009)

Tísňová péče AREÍON zahrnuje poskytnutí nebo zprostředkování neodkladné pomoci při:

- nenadálé situaci (zranění, pád apod.),
- náhlé krizové situaci (náhlé zhoršení zdravotního stavu apod.),
- mimořádné situaci (přepadení nebo ohrožení jinou osobou),
- sociální poradenství,
- sociálně terapeutické činnosti,
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Cílem tísňové péče je snížit sociální, zdravotní a bezpečnostní rizika, která těmto občanům přináší jejich způsob života:

- udržení maximálně možné soběstačnosti a nezávislosti starších osob a zdravotně postižených lidí,
- zajištění maximálně možné délky života lidí ve vysokém věku a zdravotně postižených v jejich vlastním sociálním prostředí,
- narušení sociální izolace starých, osaměle žijících lidí,
- snížení narůstajícího počtu rizik (zdravotních, sociálních i kriminálních),
- pomoc seniorům a zdravotně postiženým při prosazování jejich práv a zájmů a zprostředkovávání jejich kontaktu se společenským prostředím,
- poskytování sociálního, zdravotního i obecného poradenství,
- snížení počtu hospitalizací v léčebných zdravotních zařízeních ze sociálních, důvodů zkrácení doby hospitalizace ve zdravotních zařízeních,
- snížení počtu čekatelů na umístění v zařízeních sociální péče,

- pomoc pečujícím rodinám o jejich seniorské či zdravotně postižené členy (odlehčovací péče).

Kritéria pro poskytnutí služby:

- schopnosti zájemce v oblasti osobní péče a péče o domácnost jsou sníženy, zdravotním postižením, psychosomatickými obtížemi,
- sníženou hybností nebo stářím,
- zájemce je starší 60 let,
- osamělost,
- zájemce je mladší 60 let a je zdravotně postižený,
- odlehlé bydliště, které působí značnou psychickou zátěž staršímu,
- člověku,
- pro přijetí využíváme stanoviska regionálních a obecních sociálních odborů, kdy v řadě případů je služba zavedena na jejich žádost. (Občanské sdružení ŽIVOT 90, 2008-2009)

Tísňová péče Areion je hrazena uživatelem.

Obr. 3 Ceník tísňové péče Areion

Jednorázový poplatek za aktivaci zařízení (při zavedení a zprovoznění služby)	1500,-
Měsíční úhrada za poskytování sociální služby	400,-
Zařízení – terminální stanici tísňové péče zapůjčení uživateli	Zdarma

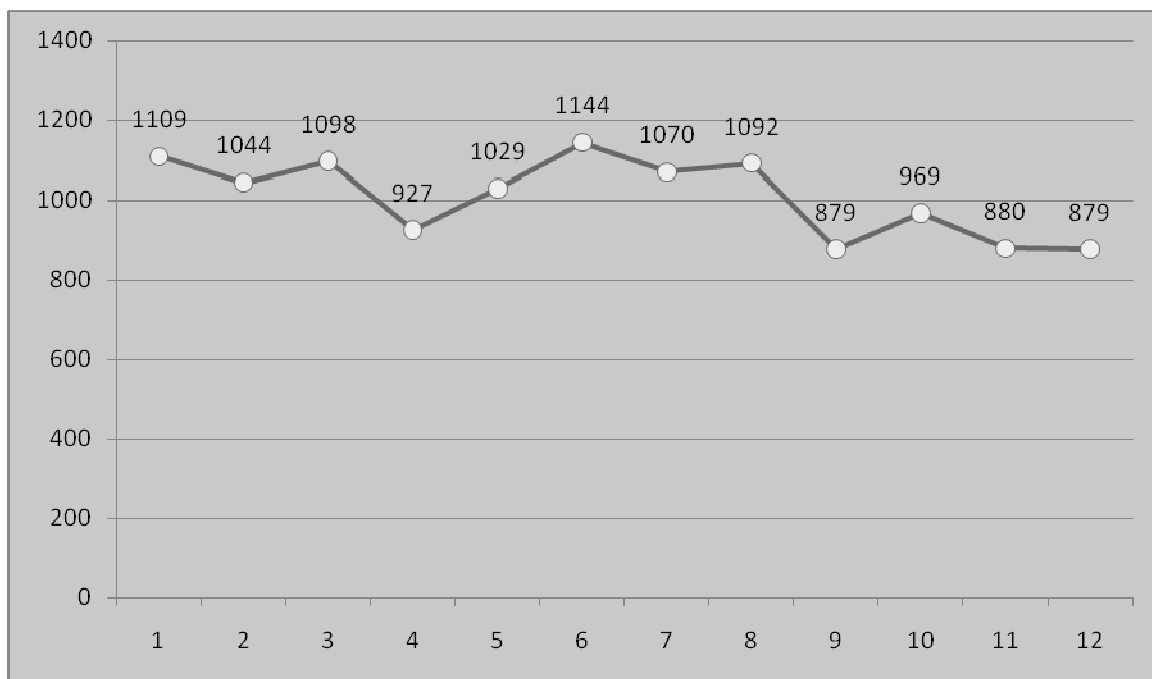
(Život 90, 2008-2009)

6.2.2 Senior telefon ŽIVOT a 90 - telefonická krizová pomoc

Sociální služba Senior telefon poskytuje telefonickou krizovou pomoc podle § 55, zák. č. 108/2006 Sb. Zabezpečuje okamžitou a nepřetržitou pomoc uživatelům v akutní krizové situaci, kteří nejsou schopni situaci řešit vlastními silami ani za pomoci svého okolí. Posláním je poskytnutí podpory a pomoci uživatelům, aby byli schopni krizovou situaci zvládnout vlastními silami a dosáhli tím předkrizové úrovně.

Na sociální službu TELEFONICKÉ KRIZOVÉ POMOCI - SENIOR TELEFON ŽIVOT 90 se v roce 2004-2009 obrátilo 80 290 uživatelů. (Občanské sdružení ŽIVOT 90, 2008-2009)

Graf 1. Přehled volajících, kteří se obrátili na sociální službu telefonické krizové pomoci - Senior telefon v roce 2009



(Život 90, 2008-2009)

6.2.3 Pečovatelská služba

Je to nejčastěji užívaná služba, která je poskytována starším občanům a lidem se zdravotním postižením, kteří vyžadují pomoc při zajišťování základních životních potřeb. Je to služba poskytovaná občanům v jejich domácnosti. Náplň této služby je osobní péče a pomoc klientům udržovat jejich domácnost. Pečovatelská služba nabízí dovoz jídla, zajištění nákupu, služby osobní hygieny a asistenční služby.

Žadatelem o zavedení pečovatelské služby (PS) je sám občan. Podnět k jejímu zavedení může dát i sociální pracovníce, rodina, zdravotníci. Ke zdravotnímu stavu žadatele se vyjadřuje ošetřující lékař, který posuzuje míru soběstačnosti. Odbor sociálních věcí vydává rozhodnutí včetně údaje, jak bude pečovatelská služba hrazena. Každý návrh je posuzován individuálně s přihlédnutím k potřebám a k sociální potřebnosti občana. PS je poskytována v pracovní dny od 7 do 17 hodin a pečovatelka dochází do domácnosti jednou až dvakrát denně podle potřeby. K zařízením PS patří i prádelny, střediska a osobní hygieny, kde je

možné poskytnout očistné koupele, sprchování, mytí vlasů, manikúru či pedikúru a dopravní služba. PS zajišťují obecní úřady prostřednictvím dobrovolných pečovatelů.

Zařízení pečovatelské služby je komplex služeb, jehož cílem je umožnit žít lidem ve vlastním přirozeném prostředí. (Interní materiály gerontologického centra v Praze 8)

Tab. 3 Situace, které mohou vést k odmítnutí žadatele o pečovatelskou službu

	Odpovědi „vůbec ne“ v %
1) senior bydlí v bytě nižší kategorie (není koupelna, byt má lokální vytápění apod.)	94
2) senior bydlí v bytě o více podlažích bez výtahu	93
3) špatná vybavenost seniorova bytu (není pračka, lednička apod.)	93
4) celková zanedbanost seniorovy domácnosti (zápach, špína, hromadění věcí apod.)	76
5) ojedinělý žadatel o pečovatelskou službu v obci	65
6) velká vzdálenost seniorova bydliště od vaší organizace	54
7) senior má postiženy senzorické funkce (především zrak a sluch), které značně omezují dorozumívání	89
8) senior je inkontinentní	81
9) senior potřebuje pravidelné ošetrovatelské úkony	64
10) senior má Alzheimerovu chorobu	63
11) senior je dementní	57
12) senior je zcela imobilní	52
13) senior je alkoholik	36
14) senior trpí infekční kožní chorobou	32
15) senior je bacilonosič	32
16) senior trpí jinou závažnou toxikománií	31
17) senior má pohlavní chorobu v akutním nebo chronickém stadiu	23
18) senior trpí jinými infekčními a parazitárními chorobami, při kterých může být zdrojem onemocnění	22
19) senior trpí psychózou nebo jinou psychickou poruchou, při níž může ohrozit sebe i druhé	20

(Veselá, 2003)

6.2.4 Osobní asistence

Podle zákona § 39 zákona 108/2006 je cílem osobní asistence pomoc osobě, jež se ocitla v nepříznivé sociální situaci z důvodu svého zdravotního postižení. V řadě případů by postižený člověk nemohl existovat ve svém přirozeném prostředí. Služba se poskytuje bez časového omezení, v přirozeném sociálním prostředí a při činnostech, které osoba potřebuje. (Kozlová, 2007, s. 27)

Cílová skupina jsou většinou osoby od 50 let, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejich situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Prvním krokem je vyplnění dotazníku o osobní asistenci (viz příloha č. 2)

Práce s rodinou

- S rodinou uživatele lze spolupracovat na základě přání a písemného souhlasu uživatele.
- Spolupráce s rodinou bývá většinou důležitým prvkem při poskytování péče o klienty seniorského věku, protože představuje velmi často zázemí uživatelů.
- Práce s rodinou se děje především prostřednictvím podpory, poradenství ohledně péče a služeb pro seniory. (Gerontologické centrum v Praze 8, 2010)

Asistent má za úkol motivovat klienta v pokračování či obnovení oblíbených aktivit a tím podpořit uživatele ve své seberealizaci.

Nabízené činnosti jsou: pomoc při zvládnutí běžných úkonů a vlastní osoby, pomoc při hygieně, pomoc při vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, pomoc pro uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Spoluúčast uživatele je 100 korun za hodinu. (Gerontologické centrum v Praze 8, 2010)

6.2.5 Respitní péče – odlehčovací služba

Respitní péče je určena rodinám, které pečují o nemocného v domácím prostředí a z různých důvodů potřebují krátkodobě zajistit dementnímu členu rodiny péči jiné osoby. Cílovou skupinou jsou osoby od 50 let s diagnostikovaným syndromem demence, o které pečuje osoba, která potřebuje nezbytný odpočinek od celodenní péče. (Jiráková et al., 2009)

Prvním modelem je respitní péče poskytovaná v přirozeném prostředí klienta (doma). Nabízí rodinám odbornou i laickou pomoc, rodina si sama vybírá agenturu i asistenta. Tento způsob péče neruší chod rodiny, člověk zůstává ve svém přirozeném prostředí.

Druhý model respitní péče je poskytován formou náhradní mimo domov. (Kozlová, 2007)

Adaptační doba, tzn. zkušební doba, na kterou je služba sjednávána, jsou 3 návštěvy pracovníka v domácnosti. Pokud se během těchto návštěv prokáže nějaká skutečnost, která brání poskytování služeb – uživatel se službou nesouhlasí, uživatel službu špatně snáší, uživatel je agresivní, v bytě nejsou odstraněny překážky, které brání službě – agresivní psi apod., bude služba ukončena. (Interní materiály ČALS)

Náplň činnosti

Odlehčovací služby zajišťují péči o klienta po dobu odpočinku pečujícího, a to v rozsahu daném zákonem:

- pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- pomoc při osobní hygieně,
- pomoc při zajištění stravy,
- sociálně terapeutické činnosti,
- výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Úkony, které se neposkytují

- Údržba a úklid domácnosti.
- Ošetřovatelské úkony (převazy ran, injekce...).

Platba za odlehčovací služby

- Platbu může hradit uživatel nebo objednavatel.
- Ceník je stanoven na základě vyhlášky č. 505/2006.

Cena je 30 korun za hodinu díky podpoře MPSV v případě, že počet hodin týdně nepřesáhne 20 hodin. Po přesáhnutí 20 hodin se platí 70 korun za každou hodinu.

Ceník je platný od 1. 1. 2009. (Interní materiály ČALS)

Poskytovatel má povinnost:

- Zachovat zásadu mlčenlivosti o všech zjištěných skutečnostech, které se týkají uživatele i objednavatele.
- Pracovníci jsou povinni při přijímání uživatele sledovat, zda na něj není činěn jakýkoliv nátlak ze strany rodinných příslušníků, zda uživatel přistupuje k poskytovaným službám skutečně dobrovolně a projevuje to svým chováním.

(Interní materiály ČALS)

Výňatek z etického kodexu Alzheimerovské společnosti

- Pracovníci jednají s uživateli bez předsudků, respektují jeho individuální odlišnosti, názory a potřeby, náboženství a myšlenkové směry.
- Pracovníci jsou povinni akceptovat duchovní potřeby každého uživatele, pokud nejsou v hrubém rozporu s etikou, všeobecně uznávanou morálkou, právem a vnitřními řády.

(Interní materiály ČALS)

Důležité je rovněž zmínit i Chartu práv pacientů trpících demencí (viz příloha č. 3).

6.2.6 Denní stacionář

Služba denního stacionáře je poskytována podle zákona 108/2006 Sb. o sociálních službách. Cílem těchto služeb je zachování či zlepšení kvality života uživatelů se zdravotním postižením, kteří žijí ve své rodině, ale potřebují podporu v některých oblastech svého života. Stacionáře tak plní nezastupitelnou úlohu v poskytnutí úlevy pečujícím rodinám a blízkým osobám.

Denní stacionář umožňuje denní pobyt pacienta, je nejvhodnější formou institucionální péče pro klienty (uživatele sociálních služeb), kteří mají funkční a spolupracující rodinné prostředí. Usiluje tak o předcházení důsledků demence, které by vedly k nezajištění základních potřeb a sebeobsluhy. Zprostředkování dohledu nad klienty s demencí se snaží zmírňovat a minimalizovat rizika spojená s poruchami orientace v prostoru, osobách a čase. Denní stacionář vytváří prostorové podmínky podobné domácímu prostředí. Nabízí celodenní aktivizační program, skupinové cvičení paměti, ergoterapie, procházky, muzikoterapie, reminiscenční terapie, taneční terapie a nácvik sebeobsluhy.

Cílová skupina jsou senioři od věku 65 let. Ve výjimečných případech je možno i mladší osoby kolem 50 let, které už potřebují dohled a péči druhé osoby v důsledku různých onemocnění mozku.

Podmínky pro přijetí jsou takové, že uživatel je natolik pohyblivý, aby byl schopen dojíždět do stacionáře, schopen komunikace a neměl být výrazně agresivní či neklidný.

Stacionář je otevřen denně pět dní v týdnu od 6:30 do 18:30 hodin. Strava je podávána 5krát denně. Je zde i dohled nad určitými léky, které musí pacient brát a jedenkrát týdně měření krevního tlaku.

Pokud je potřeba, poskytuje se pacientům pomoc při sebeobslužných úkonech, např.: jídlo, hygiena, výměna pomůcek při inkontinenci, oblékání. Při akutním zhoršení zdravotního stavu klienta je k dispozici lékař z lůžkového oddělení.

Po domluvě je možné zařídit si svoz a odvoz klienta, pokud je volná kapacita v autě. Svoz probíhá ráno od 6:30 do 18:30 hodin. Tato služba je pro občany Prahy 8 zahrnuta v ceně pobytu.

Další možností péče ve stacionáři je pedikúra, stříhání vlasů nebo různé výlety, rehabilitace, masáže. (Gerontologické centrum v Praze 8, 2010)

Popis realizace – časový harmonogram denního stacionáře (uvádím s laskavým svolením primářky MUDr. Ivy Holmerové, PhDr.)

6.30 – 9.00 pomoc při příjezdu uživatelů, dovoz snídaně a asistence při snídani, příprava dopoledního programu

9.00 – 10.00 kondiční cvičení

10.00 dovoz svačiny

10.00 – 11.00 cvičení paměti

11.30 – 12.00 dovoz oběda, asistence při obědě

12.00 – 13.00 odvoz a umytí špinavého nádobí, uložení uživatelů k polednímu klidu, pracovní přestávka na oběd, příprava odpoledního programu

13.00 – 13.30 posezení u kávy

13.30 – 16.30 odpolední aktivizační program, např. procházky, různé kreativní techniky, čtení, luštění křížovek, hry a turnaje, popř. sledování televize, asistence při individuálních odjezdech ze stacionáře

14.30 dovoz svačiny, asistence při svačině

16.30 dovoz večeře, asistence při večeři

16.30 – 18.30 asistence při individuálních odjezdech ze stacionáře, zápisy do dokumentace, úklid, doplnění materiálu apod. (Interní materiály Gerontologického centra v Praze 8)

V celém stacionáři je maximálně 20 klientů.

Pobyt klienta ve stacionáři by se měl postupně prodlužovat, dokud si klient v daném zařízení nezvykne. Adaptační doba je v denním stacionáři stanovena na jeden měsíc.

Mezi dlouhodobé cíle patří využití nejrozličnějších nefarmakologických terapeutických postupů k udržení stavu nově přijatých klientů, úroveň jejich kognitivních funkcí, soběstačnost apod., v takové míře, v jaké byli na základě výsledků odborných testů přijati od stacionáře a to po co nejdelší dobu. Srovnávacím obdobím je 1 kalendářní rok.

V centru se klientům zprostředkovávají společenské kontakty s vrstevníky. Režim docházení klienta do denního stacionáře také umožňuje rodinným pečovatelům, i přes nutnost neustálé péče o uživatele, nadále chodit do zaměstnání.

Vycházky jsou možné pouze za doprovodu personálu.

Platba za služby je každého 15. následujícího dne v měsíci podle dohody stacionáře dle aktuálního ceníku. (Gerontologické centrum v Praze 8, 2010)

Terapie

Ve stacionáři se provozuje mnoho druhů terapie, např.: arteterapie, zooterapie (canisterapie, felinoterapie), taneční terapie a muzikoterapie.

Arteterapie je teoreticky usměrněné působení na člověka jako na celek v jeho fyzických a psychických schopnostech, v jeho uvědomělých i neuvědomělých snaženích, sociálních a ekologických vazbách, plánované ovlivňování postojů a chování pomocí umění a z umění odvozenými technikami, s cílem léčby nebo zmírnění nemoci a integrování nebo obohacení osobnosti. (Šicková, 2002, s. 31)

Zooterapie je pozitivní až léčebné působení zvířete na člověka. Ať už nám jde o zlepšení paměti, motoriky, komunikace nebo zmírnění stresu, je zvíře vždy v roli prostředníka, tzv. koterapeuta. Zvíře pro klienta může znamenat mnoho – zprostředkuje komunikaci se zbytkem světa a rozveselí ve smutných chvílích, může pomoci i od fyzické bolesti nebo rozcvičí ztuhlé svalstvo. Vždy je ale třeba mít na paměti, že na druhém konci vodítka je člověk – zooterapeut, ten, kdo rozhoduje, zda, kdy a jak přítomnosti zvířete využít ke zmírnění lidského trápení. (Freeman in Velemínský, 2007)

Canisterapie – využití psa v rámci zooterapie, je to jedna z metod rehabilitace, která slouží k podpoře zdraví lidí všech věkových kategorií, při ní se využívá interakce mezi člověkem a psem. Pojem zdraví je přitom vnímán z bio-psycho-sociálního pohledu. (Kalinová, 2003; cit. dle Freeman in Velemínský, 2007)

Canisterapie se dá definovat jako léčebný kontakt psa a člověka. Je prováděná formou skupinovou či individuální. Pes je výborným společníkem, ale také výchovným prostředkem

pro klienta. Canisterapie dále přispívá k rozvoji jemné a hrubé motoriky, podněcuje verbální a neverbální komunikaci, orientaci v prostoru, zvyšuje motivaci lidí podílet se na vlastním léčebném procesu, zlepšuje interakci klienta s ostatními klienty, ošetřovateli, rodiči atd. Může být také využita k nácviku koncentrace a zvýšení pozornosti, rozvoji sociálního citění, zlepšení kvality života a v některých případech i snížení agresivity klienta. (Eisertová in Velemínský, 2007)

Skupinové hry pro seniory

Šel jsem na trh

Skupina se usadí do těsnějšího kruhu, aby se všichni dobře slyšeli. Potom někdo začne větou: „Šel (šla) jsem na trh a koupila jsem tam kilo rajčat.“ Další hráč větu zopakuje a přidá věc, kterou koupil, další hráč věci zopakuje a přidá další koupenou věc. A tak to pokračuje dál a dál, dokud už nebude tolik koupených věcí, že si je opravdu nebude možné zapamatovat.

Zvířata či lidé a jejich domov

Kůň – stáj

Lev – poušť

Liška – doupě

Jeptiška – ženský klášter

Opat – opatství

Horoskopy

Obejdeme přítomné a ptáme se jich, v jakém znamení jsou. Pak postupně probereme jednotlivá znamení, čteme charakteristiky osobnosti. Lidé si řeknou, kdy se narodili.

(Walsh, 2005)

6.2.7 Lůžková část

Lůžkovou část Gerontologického centra tvoří celkem 46 lůžek odborného léčebného ústavu geriatrického, kam jsou přijímáni pacienti na základě doporučení lékaře, a to buď z domácí péče, nebo přeložením z nemocnice. Jedná se o pacienty, kteří vyžadují intenzivní rehabilitaci a ošetřovatelskou péči a léčbu v rámci specifického geriatrického režimu. Předpokládaná doba hospitalizace na lůžkovém oddělení je asi 1 měsíc, průměrný věk pacientů je 84 let. Cílem péče je zlepšení zdravotního stavu pacienta, zlepšení jeho soběstačnosti a kvality života, a to i v situaci chronického nebo závažného onemocnění.

Odborným garantem oddělení je prim. MUDr. Iva Holmerová, Ph.D. (nástavbové atestace z geriatric a veřejného zdravotnictví), která metodicky vede také lékaře dalších úseků Gerontologického centra. Provoz lůžkového oddělení v Šimůnkově ulici je od svého vzniku v roce 1992 nepřetržitý, kromě krátkých předepsaných období generálního úklidu a malování. Provoz je nepřetržitý od října 2005, kdy došlo k rozšíření lůžkové kapacity z původních 22 lůžek na celkových 46 lůžek, která má nyní. Od 15. října 2006 je také po mnoha jednáních rozšířena smlouva se Všeobecnou zdravotní pojišťovnou a jedná se o rozšíření smluv s ostatními zdravotními pojišťovnami.

Pokoje mají dostatek vlastních úložných prostorů, kromě nočních stolků jsou tu také prostorné vestavěné skříně. Každý pokoj má vlastní televizi a je vybaven moderním dorozumívacím zařízením.

Paradoxně tyto parametry, které by byly jednoznačnou nevýhodou pro somaticky nemocné pacienty bez kognitivní poruchy, umožňují kvalitní péči o pacienty postižené rozvinutým a těžkým syndromem demence. Tito pacienti nejsou zpravidla samostatně schopni provést hygienu, jsou odkázáni na pomoc ve většině základních sebeobslužných aktivit, nejsou schopni nejen používat dorozumívací zařízení, ale ani samostatně oslovit sestru. Proto se ukázalo toto oddělení jako vhodné pro pacienty s demencí, kterým jsou ošetřující neustále nablízku a mohou s nimi komunikovat a pomáhat jim podle jejich potřeb. (Gerontologické centrum v Praze 8, 2010)

6.2.8 Poradenství

Konzultace poskytují dvě pracovnice, které mají v této oblasti dlouholeté zkušenosti (s medicínským a psychologickým vzděláním). Konzultace je dojednávána buď osobně, anebo telefonicky v kontaktu a informačním centru ČALS. Konzultace se doporučuje také v případech, kdy klient plánuje využít službu respitní péče. Na konzultaci je třeba se objednat, informace o datech a volných termínech je zveřejněna na internetu. Poradenství je zaměřeno na informace o nemoci a pečování, o zvládání náročné situace dlouhodobé domácí péče o chronicky nemocného člena rodiny a samozřejmě také na informace o dalších službách. (Jiráková et al., 2009, s. 103)

6.2.9 Čaj o páté – svépomocné skupiny rodinných pečujících

Jedná se o jednu z prvních služeb, se kterou započala Česká alzheimerovská společnost již krátce po svém vzniku. Tyto skupiny se scházejí v prostorách Gerontologického centra jednou za 14 dní, vždy ve čtvrtek. Rodinní pečovatelé i příslušníci si tu za podpory erudovaného

pracovníka vyměňují své zkušenosti a emoční prožitky, společně se snaží najít řešení praktických problémů a navzájem si poskytují podporu. Svépomocné skupiny pořádají také jiné akce. Kontaktní místa jsou k dispozici u České alzheimerské společnosti. (Jirák et al., 2009)

7. SYNDROM VYHOŘENÍ

7.1 Charakteristika

Syndrom vyhoření se může týkat pracovníků v domovech důchodců, zdravotního personálu, sociálních pracovníků a samozřejmě i pečujících, kteří se o pacienty s demencí starají 24 hodin denně doma.

Znaky syndromu vyhoření:

- stres a stresové reakce v podobě únavy,
- nedostatek energie,
- podrážděnost, pocit prázdnoty,
- negativní přístup k sobě, druhým a k práci či péči,
- vyčerpání, chuť utéct. (Haškovcová, 1990)

Staří lidé si mohou díky těmto reakcím myslet, že je pečující nemá rád. Cítí se být trestáni a myslí si, že toto chování zavinili oni, nechápou danou situaci.

Toto vše jsou pouze symptomy distresu, škodlivé části stresu, která může vést až k vážným psychosomatickým onemocněním. Trpí jak pečující, tak i klient, proto musíme stresu předcházet.

Pečující si uvědomuje, že je nutné, aby pracoval s nějakým hlavním cílem. Ulehčit a zpříjemnit seniorovi poslední etapu života. Psychomotorická část tohoto úkolu je asi nejtěžší. Každý zvládne ustlat postel, připravit jídlo, obléci seniora, ale zabavit ho nějak, aby on sám si připadal důležitý a nestrádal, není jednoduché. Každý pečující by měl umět používat milé slovo, pohlazení a ujištění o bezpečí. To vše je ovšem velmi náročná a stresující práce. (Haškovcová, 1990)

7.2 Předpoklady dobrého pečujícího

- Stojí pevně na zemi, jsou vyrovnaní
- Jsou si vědomi reality
- Nepoučují
- Chovají se s respektem. Staří lidé poznají například i kvalitu doteku. Snadno rozliší ponižující poplácání z pozice autority od vřelého doteku, plného respektu
- Nepotlačují v druhých city, ale ani si je nevynucují.

Syndrom vyhoření neplyne pouze z chování seniora, ale často i z nepochopení.

Pro snížení stresu je důležitý odpočinek a relaxace, péče o zdraví, například: masáže, cvičení, rekreační pobyty, v klidu si přečíst knihu a jiné.

Hodně pečujících má problém například se pořádně vyspat, pokud senior, o kterého se starají, je nejaktivnější večer. I tohle se dá nějak vyřešit, když pečující požádá o pomoc. (Rheinwaldová, 1999)

7.3 Vliv na pečující

Tošnerová (2004) uvádí, že práci pečujícího o jednotlivce s demencí provází značné vyčerpání, stejně tak jako širokou paletou jiných problémů. Pečující často prožívá depresi nebo úzkost s potřebou užívání psychofarmak. Ve studii srovnávající rodinné příslušníky s kontrolní skupinou byla patrná vyšší úroveň deprese a snížení celkové životní spokojenosti. Rovněž hlásili sníženou spokojenost se sociálními sítěmi, ačkoli velikost sociální sítě v obou skupinách se nelišila. Pečující měli více zdravotních potíží a častěji navštěvovali lékaře.

Vyšší úroveň agresivního chování byla hlášena u příbuzných jednotlivců s demencí. Rodina, která hlásila neurvalé chování vůči pacientovi, referovala o zvýšené námaze a vztahovala ji k pečující roli. Starší pečující s agresivnějším jednáním byli charakterizováni jako nemocnější.

Tošnerová (2004) uvádí, že Coyne a kolektiv zkoumali 342 jednotlivců starajících se o pacienta s demencí a shledali, že 11,9 % dotázaných řeší situaci fyzicky, a také hrubým chováním. Tělesné zneužívání zahrnovalo svírání, strkání, kousání, kopání. Hrubší pečující, který měl na starosti na něm závislejšího postiženého, hlásil vyšší skóre břemena zátěže, hlásil více deprese. Navíc 33,1 % pečujících sdělovalo, že jednatel s demencí byl fyzicky hrubý k nim. Agresivní chování k pečujícím bylo spojeno s vyšší rychlostí projevu agrese vůči pacientovi.

7.4 Péče o pečující

Jedna z pastí, do níž můžeme jako pečovatelé spadnout, je to, že podřídíme svému partnerovi nebo příbuznému s demencí své vlastní zdraví a blaho. Čím lépe se budeme starat o své potřeby, tím lépe budeme moci pečovat o druhého. Když budeme uvolnění a odpočatí, budeme umět s větším úspěchem vytvářet uvolněnou a klidnou atmosféru, kterou potřebuje člen rodiny s demencí.

Zgola (2003) uvádí několik tipů, jak efektivněji realizovat péči o dementního člena rodiny:

- Pokusit se navyknout partnera nebo příbuzného s demencí na skutečnost, že se v péči o něho bude střídat několik lidí. Tak mu zabráníme, aby si myslel, že jsme jediným člověkem, který mu může pomoci.
- S péčí to nepřehánět. Pacient potřebuje být pohyblivý a cvičit. Odejeme z pokoje nebo otočte hlavu, když cítíte, že jste netrpěliví, jak je váš pacient pomalý. Pokud si myslíte, že má s něčím potíže, nenakládejte to na sebe. Soucit je špatný rádce.
- Mít na paměti, že bude mnohem obtížnější vytvořit si víc prostoru pro sebe, když jste už dlouhou dobu plně vytížení potřebami svého pacienta. Když se potom pečující pokusí tento zavedený vzorec chování narušit, je zcela běžné, že se objeví nervozita a pocity viny. Vzorec chování soustředěný výhradně na péči o nemocného narušíte nejlépe postupnými kroky. Může se začít například tím, že si jednou za čtrnáct dní vezme jedno volné odpoledne, abyste si zašel na nákupy nebo se někde věnoval svému vlastnímu koníčku.
- Pokud se objeví nějaký problém, uvažovat, jak získat další pomoc. Nemyslet si, že vše musí pečovatel vyřešit sám. Každý je jiný a každý vnímá situaci jinak.
- Vlastní potřeby a přání se mohou často křížit s potřebami a přáními člověka, o kterého se pečuje. Snažit se neustupovat příliš do pozadí a nedělat ze sebe mučedníka nebo světce. „Dávej a ber“ by mělo být heslem.
- Vyhybat se izolaci. Pokud je možné navštěvovat druhé lidi, zvát je k sobě. Upřímně jim vysvětlit, proč nemůžete jít k nim. Nestarat se, co si budou myslet nebo říkat o vás, o vašem pacientovi nebo o vašem domě. Důležité je, abyste měli kolem sebe společnost.
- Povídat svým příbuzným a přátelům, co o demenci víte. Říct jim, co dělá demence s pamětí, myslí a osobností člověka a jak oni sami mohou během svých návštěv s člověkem s demencí nejlépe komunikovat. To pomáhá zabránit vzniku nepříjemných situací, jež mohou vést k tomu, že k vám případně nebudou návštěvy chtít chodit.

8. SOCIÁLNÍ ZABEZPEČENÍ SENIORŮ

Pokud se nám chování našeho dědečka, tatínka, příbuzného nezdá, vidíme, že reaguje zpomaleně, zapomíná, ptá se nás, v tuto chvíli je dobré udělat si test na demenci a vyhledat lékaře, který vyplní potřebný tiskopis, eventuálně jej doplní nálezem specialisty a zašle na Okresní správu sociálního zabezpečení.

8.1 Příspěvek na péči od 1. 1. 2007 dle zákona 108/2006 Sb.

Poskytuje se osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby za účelem zajištění potřebné pomoci, na základě stanovení stupně závislosti.

O příspěvku rozhoduje obec s rozšířenou působností. Náklady na příspěvek se hradí ze státního rozpočtu. Zdravotní stav a stupeň závislosti posuzuje úřad práce svým lékařem - od 1. 7. 2009. Zde musíme počítat se sociálním šetřením, které provádí sociální pracovník.

Stupně závislosti

Zákon stanovuje úkony, které se posuzují pro účely stanovení stupně závislosti, jedná se o úkony péče o vlastní osobu a soběstačnosti.

I (lehká) – osoba potřebuje každodenní pomoc při více jak 12 úkonech.

II (středně těžká) - osoba potřebuje každodenní pomoc při více jak 18 úkonech.

III (těžká závislost) - osoba potřebuje každodenní pomoc při více jak 24 úkonech.

IV (úplná závislost) - osoba potřebuje každodenní pomoc při více jak 30 úkonech.

Výše příspěvku

I. stupeň: 2 tisíce

II. stupeň: 4 tisíce

III. stupeň: 8 tisíc

IV. stupeň: 11 tisíc

(zákon 108/2006 ve znění pozdějších předpisů, zdroj MPSV)

Kam se obrátit

- Na ošetřujícího lékaře o vyhotovení zdravotního posudku.
- Na místně příslušné správě sociálního zabezpečení podat žádost se podává na příslušných formulářích.

8.2 Úpravy v bytě pro usnadnění pohybu postižené osoby nebo usnadnění péče

- Pečující může žádat o příspěvek na obecním nebo krajském úřadě až do výše 70 % nákladu, maximálně 50 tisíc Kč nebo 100 000 Kč u příspěvku na stavební úpravy spojené s instalací výtahu (pokud nelze použít šikmou schodišťovou plošinu).
- Tento příspěvek se poskytne jen tehdy, pokud žadatel předem písemně zažádá.
- Do 3 let musí úpravu bytu, na kterou dostane peníze, vykonat.

8.3 Příspěvek na zakoupení motorového vozidla

- Osoba musí být odkázána na individuální dopravu.
- Musí žít v domácnosti více občanů.
- Výše příspěvku je 100 000 Kč na zakoupení motorového vozidla.
- Výše příspěvku na celkovou opravu motorového vozidla činí nejvýše 60 000 Kč.

8.4 Příspěvek na provoz motorového vozidla

- Příspěvek na provoz motorového vozidla se poskytne na období kalendářního roku občanu, který je vlastníkem nebo provozovatelem motorového vozidla, přiznává se tento příspěvek MV II, III.
- Toto vozidlo se bude používat pro pravidelnou dopravu (manželky, tatínka).

8.5 Nároky na rehabilitační a kompenzační pomůcky

- Vybranou pomůcku si zapsat pod uvedeným číslem (polohovací postele, sedačka do vany, vozíky, pojízdné židle).
- Je třeba souhlas revizního lékaře nebo jiného odborného lékaře specialisty.
- Zdravotní pomůcka je hrazena pojišťovnou úplně, částečně nebo vůbec.

8.6 Mimořádné výhody

Mimořádné výhody zákon 100/1988 o sociálním zabezpečení v pozdějším znění předpisu 182/91.

Mimořádné výhody dle § 86 zákona 100/1988

MV I stupeň (TP)

Má nárok na vyhrazené místo k sezení ve veřejných dopravních prostředcích pro pravidelnou hromadnou dopravu osob kromě autobusů, vlaků.

MV II stupeň (ZTP)

Má nárok na bezplatnou dopravu pravidelnými spoji veřejné hromadné dopravy osob. Dále je sleva 75 % jízdného ve druhé vozové třídě osobního vlaku a rychlíku ve vnitrostátní dopravě a 75 % sleva v pravidelných vnitrostátních spojích autobusové dopravy.

MV III stupeň (ZTP/P)

Má výhody uvedené jako stupeň I a II a dále nárok na bezplatnou dopravu průvodce veřejnými hromadnými dopravními prostředky a pravidelné vnitrostátní osobní hromadné dopravě

Každý držitel dostane průkaz o MV, který obsahuje údaj o přiznaném stupni MV.

(zákon 100/1988 ve znění pozdějších předpisů, zdroj MPSV)

ZÁVĚR

Na základě mých zkušeností, které jsem uvedla již v úvodu, i dalších znalostí získaných při zpracovávání bakalářské práce bych doporučila, pokud to rodinné prostředí a dobré zázemí dovolí, seniora trpícího demencí ponechat v domácí péči. Senior tak může žít v místě, které zná a na které je zvyklý. Samozřejmě za předpokladu, že netrpí dalšími onemocněními, vyžadujícími lékařský dozor či jinou speciální péči. Je třeba brát v úvahu i to, že sociální služby jsou nejlépe dostupné ve větších městech. Je zřejmé, že na ostatní, kteří s demenčním člověkem žijí ve společné domácnosti, to klade určité nároky a je potřeba k tomu vytvořit i předpoklady. Je třeba zdůraznit, že soužití s klientem s demencí není jednoduché, ale dá se zvládnout a to zejména v dnešní době, kdy státní i soukromá zařízení poskytují podporu pečujícím o demenční pacienty. Mluvíme zde o podpoře jak přímé, například pečovatelská služba, osobní asistence a denní stacionáře, tak i podpoře odborné. Odbornou podporou je zde myšlena možnost seminářů a různých praktických školení na toto téma.

V případě dlouhodobé ústavní péče je sice nemocnému poskytována dobrá a odborná péče, ale jeho stav se většinou zhoršuje podstatně rychleji než v péči domácí. To je způsobeno nejen neznámým prostředím, ale i částečnou nebo úplnou izolací od rodiny a známého prostředí. Navíc při dlouhodobém pobytu ve zdravotnickém zařízení nebo v domově pro seniory se člověk necítí být potřebný a užitečný což má na vývoj onemocnění také negativní vliv.

Práce obsahuje základní body, jak se v konkrétních situacích chovat a jak jim případně předcházet. Neoddělitelnou součástí péče je i potřeba sebevzdělávání v této oblasti, čímž se dá předejít syndromu vyhoření, což je zejména v tomto případě velmi rizikový faktor.

RESUMÉ

Formy pomoci pečujícím o pacienty s demencí

Forms of assistance to people caring for a patient with dementia

Autorka: Aneta Götzingarová

Content of the thesis is a summary of issues for the elderly with dementia. Work mainly deals with the possibilities of home care - a care in the familiar environment of the patient where they feel relatively the best and the premise is relatively minor progression. Dementia - a degenerative disease that is generally specified in the work, including a description and breakdown of basic types. The subject is also the possibility of support for caregivers and the overall creation of preconditions for a possible home care and support in the legislature. Important parts are also examples of problematic behavior of patients and basic information on how to successfully manage such situations.

The goal is to offer advice for caregivers about possibilities of support from public and private organizations and associations dealing with this issue. The thesis is clear that home care for demented persons and the best both in terms of development of health, but also the comfort and overall well-being of the patient. Old man tries to be useful and valuable member of the family. This is indeed one of the main things that affect the overall psychological well-being of every elderly person, more so than the elderly suffering from dementia.

The conclusion is clear recommendation: if a patient's condition permits - the best you can do for him is home care, then possibly in combination should learn from, and other similar devices. This is a life of ill senior and the conditions as possible a normal life.

Použitá literatura

BUIJSSEN H. *Demence*. Praha:Portál, 2006. 132s. ISBN 80-7367-081-X

HAŠKOVCOVÁ H. *Fenomén stáří*, Praha: Panorama, 1990. 406s. ISBN 80- 7038-158-2

Interní materiály gerontologického centra v Praze 8

Interní materiály ČALS

JIRÁK R, Holmerová Iva, Borzová Claudia a kol. *Demence a jiné poruchy paměti, (Komunikace a každodenní péče)*. Praha: Grada Publishing a.s, 2009. 176s.
ISBN: 978-80-247-2454-6

KOZLOVÁ L. *Sociální služby*, Praha: Triton, 2007. 79s. ISBN: 80- 7254-662- 7

KUČEROVÁ H. *Demence v Kazuistikách*. Praha: Grada Publishing a.s, 2006. 107s.
ISBN: 80- 247- 1491-4

MATOUŠEK O. *Základy sociální práce*. Praha: Portál, 2001. 314s. ISBN 978-80-7367-331-4

PIDRMAN V. *Demence*. Praha: Grada Publishing a.s, 2007. 183s. ISBN 978-80-247-1490-5

PICHAUD C, Isabelle Thareauová. *Soužití se staršími lidmi: Praktické informace pro ty, kdo doma pečují o staré lidi, i pro sociální a zdravotnické pracovníky*. Praha: Portál, 1988. 160s.
ISBN 80- 7178- 184-3

RHEINWALDOVÁ E. *Novodobá péče o seniory*. Praha: Motto, 1999. 88s. ISBN: 80- 7169-828-8

STROUDOVÁ M. *Stáří je dar*. Praha: Karmelitánské nakladatelství, 1996. 48s. ISBN 80-7192-0900-8

ŠICKOVÁ J – Fabrici. *Základy Arteterapie*. Praha: Portál, 2002. 176s. ISBN 978-80-7367-408-3

VÁGNEROVÁ M. *Vývojová psychologie II: Dospělost a stáří*. Praha: Karolinum, 2007. 461s . ISBN 978-80-246-1318-5

VELEMÍNSKÝ M (editor), et al. *Zooterapie ve světle objektivních poznatků*. České Budějovice: DONA, 2007. 335s. ISBN 978-80-7322-109-6.

VESELÁ J. *Sociální služby poskytované seniorům v domácnostech*. Praha, 2003. 50s, ISBN neuvedeno

WALSH D. *Skupinové hry a činnosti pro seniory*. Praha: Portál, 2005. 203s. ISBN 80-7178-970-4

ZAVÁZALOVÁ H a kol. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. Praha: Karolinum, 2001. 97s, ISBN 80- 246-0326-8

Zákon č. 108/2006 Sb. O sociálních službách (Zdroj MPSV)

Zákon č. 100/1988 Sb. O sociálním zabezpečení (Zdroj MPSV)

ZAVÁZALOVÁ H a kol. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. Praha: Karolinum, 2001. 97s, ISBN 80- 246-0326-8

ZGOLA J. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. Tiskárna Havlíčkův Brod, 2003. 232s. ISBN 80-247-0183-9

Elektronické zdroje

Česká alzheimerská společnost. *Česká alzheimerská společnost* [online]. 2010 [cit. 2010-06-14]. Charta práv pacientů. Dostupné z www: <<http://alzheimer.cz/?PageID=488>>

Česká alzheimerovská společnost. *Česká alzheimerovská společnost* [online]. 2010 [cit. 2010-06-14]. Co dělat, pokud máte podezření, že Váš blízký zapomíná víc, než je zdrávo?.

Dostupné z www: <<http://alzheimer.cz/?PageID=564>>.

Gerontologické centrum v Praze 8. *Zdravotní a sociální služby především pro občany Prahy 8* [online]. 2010 [cit. 2010-06-14]. Osobní asistence. Dostupné z www:

<<http://www.gerontocentrum.cz/osobni.php>>

Gerontologické centrum na Praze 8 [online]. Datum zveřejnění neuvedeno. Aktualizace 2-2010 [cit. 2010-04-30]. Lůžková část. Dostupné z www:

<<http://www.gerontocentrum.cz/luzka.php>>.

Gerontologické centrum v Praze 8. *Zdravotní a sociální služby především pro občany Prahy 8* [online]. 2010 [cit. 2010-06-14]. Osobní asistence. Dostupné z www:

<<http://www.gerontocentrum.cz/osobni.php>>.

Gerontologické centrum v Praze 8. *Zdravotní a sociální služby především pro občany Prahy 8* [online]. 2010 [cit. 2010-06-14]. Denní stacionář. Dostupné z www:

<<http://www.gerontocentrum.cz/osobni.php>>

TOŠNEROVÁ, Tamara. *Diagnóza demence – možné přístupy a následná rizika* [online]. 8.7. 2004 [cit. 2010-04-29]. Dostupné z

www: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:hGms9E0tzxwJ:aa.ecn.cz/img_upload/07bc9d1453b4bc61934a7ebb36075df2/Soc_p__e_demence_04_1.doc+Mudr+To%C5%A1nerov%C3%A1,+Coyne&cd=3&hl=cs&ct=clnk&gl=cz>.

Život90 [online]. c2008-2009 [cit. 2010-04-30]. Tísňová péče Areion. Dostupné z www:

<<http://www.zivot90.cz/4-socialni-sluzby/10-tisnova-pece-areion>>.

Život90 [online]. C2008-2009 [cit. 2010-04-30]. Senior telefon. Dostupné z www:

<<http://www.zivot90.cz/4-socialni-sluzby/14-senior-telefon--telefonicka-krizova-pomoc>>.

Život 90 [online]. c2008-2009 [cit. 2010-06-21]. Způsob poskytování Tísňové péče Areion.

Dostupné z WWW: <<http://www.zivot90.cz/4-socialni-sluzby/10-tisnova-pece-areion/18-zobrazeni-funkce-zarizeni-tpa>>.

Seznam příloh

Příloha č. 1: Test paměti

Příloha č. 2: Dotazník pro žadatele o osobní asistenci

Příloha č. 3: Charta práv pacientů

Přílohy

Příloha č. 1: Test paměti

Co dělat, pokud máte podezření, že Váš blízký zapomíná víc, než je zdrávo?

Základní rada je: vyhledejte lékaře. Pokud se chcete ujistit, že vyšetření lékaře je opravdu nutné, zkuste si vyplnit následující dotazník. Ten Vám pomůže zjistit, jestli je zapomínání Vaší maminky, tatínka nebo partnera normální, způsobené únavou či stresem anebo zda je chorobné.

Test je úplně jednoduchý, na otázky odpovídejte následovně (v závorce je bodové ohodnocení odpovědi):

ano, často (0 bodů)

někdy (1 bod)

ne, nikdy (2 body)

1. Jak často se Váš blízký opakuje anebo se ptá znovu a znovu na to samé?
2. Zapomíná Váš blízký více než dříve (především na věci, které se staly nedávno)?
3. Zapomíná Váš blízký brát léky anebo nakoupit najednou více věcí?
4. Zapomíná Váš blízký na schůzku, svátek nebo rodinnou oslavu?
5. Je Váš blízký smutnější nebo bezradnější než dříve?
6. Má Váš blízký problémy s počítáním případně s vedením účtu?
7. Ztrácí Váš blízký zájem o dřívější záliby a koníčky?
8. Potřebuje Váš blízký pomoc nebo alespoň radu při jídle, oblékání či hygieně?
9. Je Váš blízký vznětlivější, podezřívavý, neklidný, mluví nesmyslně anebo vidí a slyší věci, které neexistují?
10. Zhoršila se schopnost Vašeho blízkého řídit automobil?
11. Jak často hledá Váš blízký slova, mluví méně plynule anebo zapomíná jména?

Pouze maximální možný počet bodů (22) odpovídá normě. Pokud je výsledek testu 20 a méně bodů, vyhledejte pomoc lékaře.

(Česká alzheimerská společnost, 2010)

Příloha č. 2: Dotazník pro žadatele o osobní asistenci

Vážení žadatelé a rodinní příslušníci,

cílem osobní asistence je plnit základní činnosti, které služba nabízí a také motivovat uživatele služby k samostatnosti a plnohodnotnému životu. Informace uvedené v dotazníku nám pomůžou lépe navázat kontakt se žadatelem, rozpoznat jeho přání a potřeby a naplnit je. Proto vás prosíme, abyste věnovali tomuto dotazníku velkou pozornost.

1. Které konkrétní úkony poskytované osobní asistencí požadujete:
 2. Jak často chcete využívat službu.....v týdnu.....počet hodin.....
3. Aktuální zdravotní stav (obtíže, rizika)
4. Alergie
5. Léky a jejich užívání (jaké a jak často?)
6. Kontakt na ošetřujícího lékaře žadatele (jméno, adresa, telefon)
7. Kompenzační pomůcky (např. chodítka, invalidní vozík, francouzské hole, brýle, naslouchadlo apod.)
8. Je potřeba dopomoci při osobní hygieně (jakým způsobem)?
9. Je potřeba dopomoci při vyprazdňování (jak)?
10. Je žadatel inkontinentní (není schopen udržet moč nebo stolicí)? Jaké pomůcky pro inkontinenci používá?
11. Je potřeba dopomoci při stravování (jak)?
12. Má žadatel nějaké rituály či zvyky, které je potřeba během dne dodržovat?
13. Další údaje jsou užitečné pro dobrou spolupráci a komunikaci s žadatelem a jeho rodinou a také pro výběr vhodného osobního asistenta. (není nutné vyplňovat vše, lze doplnit informace, které jsou pro Vás důležité)
14. Zájmová činnost žadatele (četba, hudby, návštěva divadel, kin, galerií, ruční práce apod.)
15. Vzdělání a dřívější povolání žadatele (odchod do důchodu)
16. Rodinné a přátelské vztahy žadatele (kdo navštěvuje a jak často)
17. Povahové vlastnosti žadatele (je žadatel spíše společenský, samotář, jak vychází s ostatními)
18. Případně další informace o žadateli

(Gerontologické centrum v Praze 8, 2010)

Příloha č. 3: Charta práv pacientů

Práva pacientů trpících Alzheimerovou chorobou nebo jinými formami demence:

1. Být informován o své chorobě.
2. Mít vhodnou a soustavnou lékařskou péči.
3. Být užitečný při práci a zábavě tak dlouho, jak jen to je možné.
4. Být vnímán při jakémkoli zacházení jako dospělý člověk, ne jako dítě.
5. Při vyjádření svých citů být brán vážně.
6. Je-li to možné, nebýt léčen psychotropními látkami.
7. Žít v bezpečném, srozumitelném a předvídatelném prostředí.
8. Mít potěšení z každodenních činností, které dávají životu smysl.
9. Mít možnost chodit pravidelně ven.
10. Pociťovat tělesný kontakt včetně objetí, pohlazení a podržení ruky.
11. Být s lidmi, kteří znají život nemocného, včetně jeho kulturních a náboženských zvyklostí.
12. Být ošetřován pracovníky, kteří jsou vyškoleni pro péči o osoby s demencí.

(Česká alzheimerovská společnost, 2010)